

6105  
AS  
p23

JUL 23 1932

# ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

PUBLICAÇÃO MENSAL DA "SOCIEDADE EDITORA MEDICA LIMITADA"

Caixa Postal, 1574 — S. PAULO (Brasil)

Assignaturas: Por 1 anno . . . . 25\$000. Por 2 annos . . . . 40\$000.

Vol. XXIV

Julho de 1932

N. 1

## S u m m a r i o :

Litíase renal na infancia (Contribuição para seu estudo entre nós) — Dr. Jarbas Barbosa de Barros. . . . .	5
Endocardite rheumatica e Streptococcus cardioarthritidis — Dr. Carvalho Lima . . . . .	15
Toxicose por ulcera cronica estenosante do duodeno — Prof. B. Montenegro e Dr. Piragibe Nogueira . . . . .	19
Insufficiencia aortica — Dr. Jairo Ramos, Dr. Eduardo Etzel e Paulo Toledo . . . . .	33
Nova technica proposta para a execução das enterostomias em geral — Dr. Sebastião Hermeto Junior. . . . .	47
Resistencia ohmica — Dr. Carlos Fernandes . . . . .	53
Reuniões Scientificas . . . . .	59
Resumos e analyses . . . . .	65
Literatura Medica . . . . .	69
Noticiario . . . . .	73

# ANTIVIRUSTHERAPIA

**ANTIVIRUS** são substancias de origem microbiana, capazes de vaccinar localmente, sem o concurso dos anticorpos. Em 100 partes de Dermosana, 60 correspondem a um caldo immunizado para as especies:

**ESTAPHYLOCOCCOS - ESTREPTOCOCCOS - PYOCYANICOS**

## *Dermosana*

Medicamento recente e efficaz para:

Assaduras de crianças - Furunculos - Espinhas arruinadas.  
Erysipelas - Feridas - Ulceras - Eczemas - Panaricios  
Queimaduras

Em todas as  
Pharmacias e  
Drogarias

Deposito:

Pharmacia Castor  
R. Alvares Penteado, 3 - S. PAULO

Enviamos amostras aos senhores clinicos

# ALUETINA

**Injeções mercuriaes indolores**

**ALUETINA N.º 1** - Dosada a 1 centg. de  
cyaneto de mercurio.

**ALUETINA N.º 2** - Dosada a 2 centg. de  
cyaneto de mercurio.

*Tratamento intensivo da syphilis  
em todas as suas manifestações.*

**V. WERNECK & CIA.**

Rio de Janeiro

# Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Publicação da "Sociedade Editora Medica Limitada"  
Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: Por 1 anno . . . . . \$5\$000. Por 2 annos . . . . . 40\$000.

**Vol. XXIV**

**Julho de 1932**

**N. 1**

## Litíase renal na infancia (\*)

Contribuição para seu estudo entre nós

**Dr. Jarbas Barbosa de Barros**

Urologista da Beneficiencia Portuguesa

Os calculos renaes na infancia apesar de pouco frequentes já têm sido certamente observados entre nós, mas, infelizmente, as observações registadas nos arquivos particulares dos clinicos, com rarissimas excepções, ainda não foram divulgadas e discutidas como seria de desejar num assunto de tanto interesse pratico immediato.

Era animado da intenção de contribuir para o debate desta questão que ia trazer uma unica observação minha de calculo renal esquerdo, num menino de 5 anos, curado por pielotomia, quando o Dr. BARBOSA DE BARROS me cedeu uma observação analoga, e o Dr. MARIO MARGARIDO, a quem se devia o diagnostico desse caso, com sua reconhecida gentileza me deu mais uma observação, desta vez numa menina de 11 anos, operada pelo Prof. Dr. LUCIANO GUALBERTO.

Na presente comunicação darei inicialmente, por ordem cronologica, o resumo das observações, reservando para depois os comentarios.

OBSERVAÇÃO 1 - 1921 — Calculo renal esquerdo num menino de 7 anos, pielotomia, cura. Drs. MARIO MARGARIDO e BARBOSA DE BARROS.

P. M. J. Branco, brasileiro. Desde que começou a falar queixava-se frequentemente de dores no ventre, apresentando concomitantemente tremores e palidez; as urinas eram então escuras, marrons, cor de chocolate. As crises que

(\*) Comunicação feita em 12/5/1932 á secção de Pediatria da Associação Paulista de Medicina, com acrescimo de um caso então involuntariamente omitido.

as vezes se acompanhavam de vomitos duravam 1 a 2 horas. Tinha crises quinzenaes. A urina nem sempre se tornava limpida nos intervalos das crises, tendo aspecto turvo. Urinava muito na cama. Apesar disso tudo sempre gordo e esperto, tanto que jogava futebol. Orientado pela anamnese e pelo exame clinico foi requisitada pelo pediatra radiografia renal que confirmou a existencia de um calculo no rim esquerdo. A chapa tirada foi infelizmente inutilizada pelo tempo. A intervenção foi feita em 28 de Abril de 1921 na Beneficencia Portuguesa de Campinas, tendo previamente o exame de urina do doente mostrado a existencia de pus e sangue. O Dr. BARBOSA DE BARROS fez uma pielotomia e extraiu o calculo presente que peza 0,60 grs. e é de oxalato de calcio. A operação foi feita com anestesia geral eterea e terminou com drenagem. O post-operatorio foi muito bom, cura per primam; 8 dias depois de operado o doente retirou-se do hospital. A incontinencia noturna de urina persistiu até ha pouco tempo, os fenomenos renaes desapareceram completamente.

**OBSERVAÇÃO 2 - 1923** — Calculo renal direito numa menina de 11 anos, pielotomia, cura. Drs. MARIO MARGARIDO e LUCIANO GUALBERTO.

H. R. branca brasileira. Pae morto de causa ignorada (com 28 anos de idade). Mãe sofre de asma. Tem uma irmã que parece sofrer de uma miopatia. Nasceu a termo, foi criada ao peito até 8 mezes e depois com leite de vaca. Foi sempre sadia na primeira infancia. Teve sarampo aos 3 anos. Teve gripe pandemica em 1918. Alguns mezes depois da gripe começou a urinar sangue e sentir as vezes dores vagas no ventre, sem localisação precisa, porem mais acentuadas nas proximidades do umbigo.

Ao exame nota-se um ponto pouco doloroso á direita do umbigo e á palpação profunda bimanual o rim direito um pouco doloroso. Esteve uns dois a 3 anos submetida a regime sem sal, não tirando o menor proveito. No sedimento urinario ha numerosos globulos vermelhos, poucos leucocitos e nenhum cilindro. O exame radiografico feito pelo Dr. SCAFF revelou existencia de 3 sombras de maior opacidade, de volume e forma diferentes, ao nivel do rim direito, concluindo pela existencia de calculos. Apresento anexa a radiografia.

A operação foi feita no mesmo ano, no Sanatorio Santa Catarina pelo Dr. LUCIANO GUALBERTO, consistio n'uma pielolitomia, bem sucedida, e de bons resultados.

O calculo retirado pesava 0,92 grs. e era de oxalato de calcio.

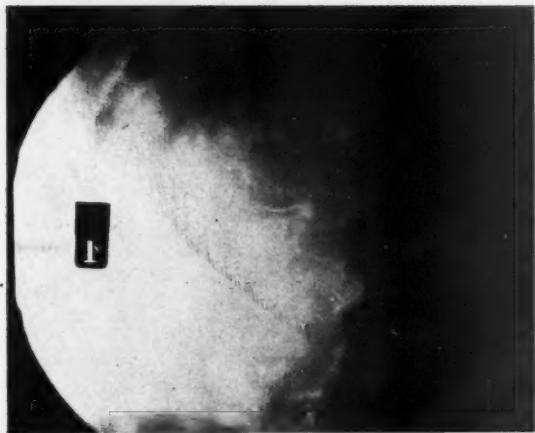
**OBSERVAÇÃO 3 - 1931** — Calculo renal esquerdo num menino de 5 anos, pielotomia, cura. Drs. MENDONÇA CORTEZ e JARBAS BARBOSA DE BARROS.

H. A., 5 anos, branco, brasileiro. Paes portugueses, vivos, fortes, irmão mais velho robusto. Nasceu a termo. Muito magro, continuou mal nutrido por vomitar com frequencia. Aos 5 mezes teve hematuria total, sem febre, procurando na ocasião um pediatra, que afirmando dever haver deposito turvo na urina, como de facto se verificou, receitou urotropina, desaparecendo os sintomas em uma semana. Era muito manhoso. Aos 15 mezes poudé queixar-se de dores no ventre, conservando-se nessas ocasiões de cocoras; a urina era alternativamente clara e turva. As crises que, duravam 2 a 3 dias, repetiam-se mensalmente. As dores eram muito fortes. Nunca teve incontinencia noturna de urina. Mesmo no intervalo das crises queixava-se de dores vagas no ventre. As colicas eram sempre ao nivel do umbigo e mesmo um pouco a direita. Apresentava pequenas elevações de temperatura de vez em quando. Ao exame clinico nada de anormal existia nos outros aparelhos, percebendo-se somente sensibilidade á palpação do rim esquerdo. A urina analisada em 19-10-31 tinha traços pronunciados de albumina, ausencia de assucar e grande quantidade de pús. A radiografia simples do aparelho urinario (Dr. CARLOS FERNANDES) revelou presença de um calculo renal esquerdo. A prova de fenolsulfone endovenosa deu 70 % de eliminação em 1 hora. A urea no sangue foi de 0,39 gramas por litro. A pielografia endovenosa (ABRODIL) mostrou boa concentração em 5 minutos para o R. D. de aspecto normal, o R. E. menos nitido apresentava um calculo intrapielico.









Observação 2



Observação 3

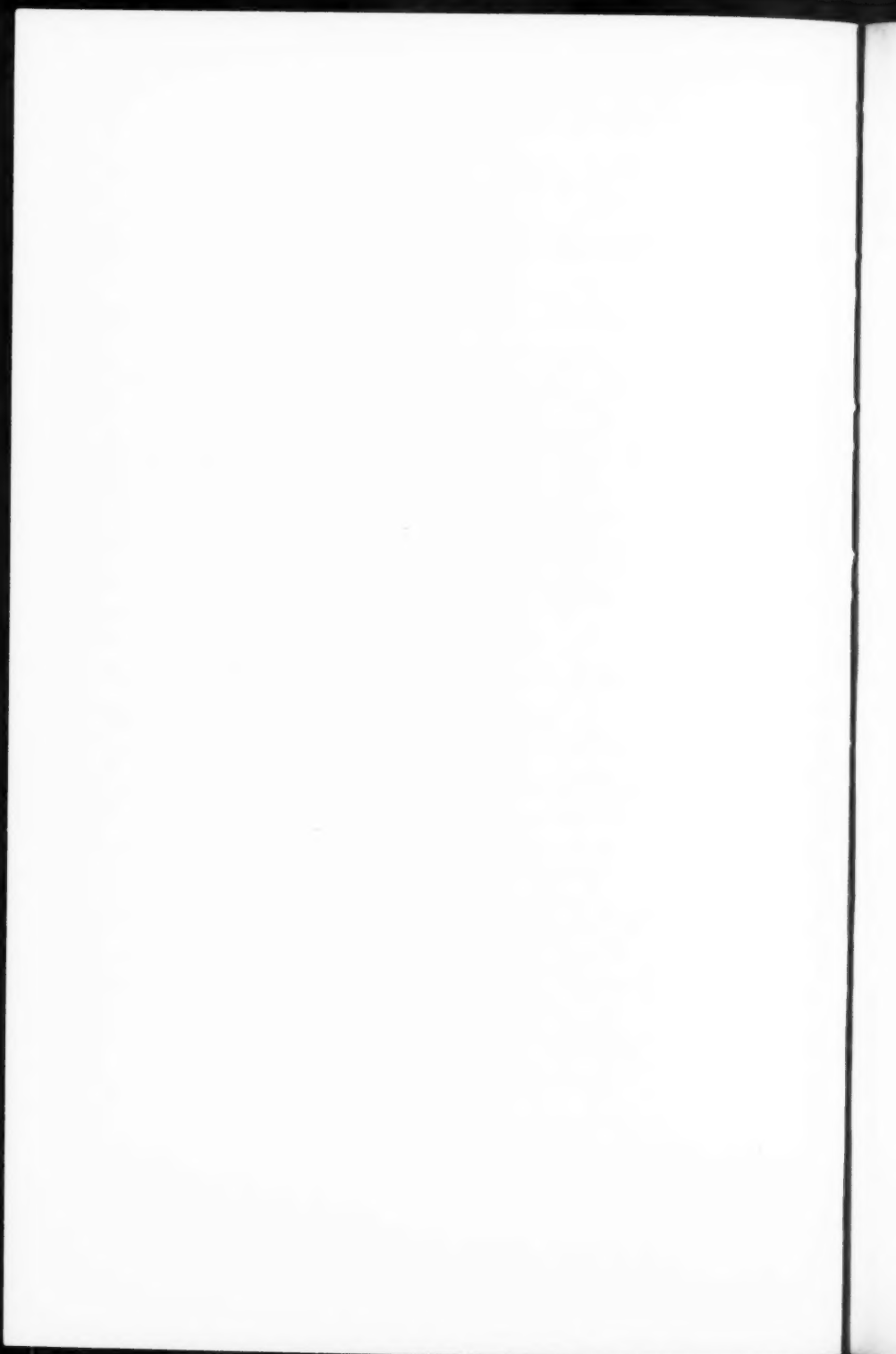


1  
0,60 gr.

2  
0,92 gr.

3  
1,50 gr.

Os calculos (oxalato de calcio), em tamanho natural.



Em 1-11-31 eu operei o doente com anestesia geral pelo balsoformio. Pielotomia com extracção do calculo e drenagem. Duração da operação 25 minutos. No post-operatorio o doentinho teve febre por alguns dias, com pús na urina e cristaes de fosfato amoniaco magnesiano. Alta curado em 11-11-31. Uma semana depois a urina era absolutamente normal. De lá para cá engordou muito, nada mais tendo sentido para o lado das vias urinarias. O calculo encontrado era de oxalato de calcio e pesava 1,50 grs.

### COMENTARIOS

A litíase urinaria infantil, especialmente a de localização vesical e uretral é frequente no Brasil, encontrando-se principalmente no Norte do Paiz (Pará, Pernambuco, Bahia) e nos estados litoraneos do Centro (Rio e S. Paulo); nos estados mediterraneos e nos do Sul não tem sido assinalada. Em S. Paulo estas localizações são conhecidas desde os trabalhos de ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO em 1898, DELFINO ULHOA CINTRA em 1904 (diversos casos operados), CARLOS MAURO 1904 (calculo do tamanho de um ovo de pomba engravado na uretra duma menina de 11 anos), de REZENDE PUECH e PAULA SOUSA (35 casos estudados sob diversos aspetos) e da tese de JOSÉ MARIA DE FREITAS em 1928 (analise quimica de 20 calculos vesicaes infantis).

A litíase renal infantil é muito menos estudada entre nós e por isso vou resumir rapidamente os casos conhecidos.

NASCIMENTO GURGEL, no Rio de Janeiro, publica em 1917 o primeiro caso, um menino de 6 anos procedente de Minas Geraes, criança gorda, bem disposta, que ha tres anos apresenta colicas fortissimas, por crises, resistentes á toda terapeutica, e acompanhadas de ha pouco tempo de transitoria retenção urinaria; urinas francamente albuminosas. Ao exame fisico não havia anomalia em nenhum dos aparelhos, nem pontos renaes dolorosos. Na urina não havia sangue e a albuminuria era pequena. A radiografia mostrou 2 calculos no rim esquerdo. A pielotomia praticada com inteiro sucesso pelo Dr. PINTO PORTELLA permitiu a retirada dos calculos que pesavam 0,76 grs. e 0,55 grs. respectivamente e eram de fosfato amoniaco magnesiano e oxalato de calcio.

No Rio de Janeiro ainda o Dr. ALFREDO NEVES apresenta outro caso, uma menina de 7 anos, doente ha pouco mais de 1 ano, tendo tido duas crises de dores violentissimas, partindo da região do rim direito e irradiando na direção do ureter direito e vesicula biliar. Com a terceira crise a doentinha procura o A. que encontra na urina cristaes de fosfato de calcio e verifica pela radiografia a existencia de 6 calculos pequenos no bacinete do rim direito. A doente não foi operada.

Em S. Paulo a primeira observação publicada data tambem de 1917 e é devida ao senso clinico do Dr. MARIO MARGARIDO, trata-se de uma menina de 7 anos que tendo colicas e hematurias desde os 3 anos de idade foi operada dos dois rins em 1915 no Hospital Um-

berto I, tendo sido encontrados os calculos ; não obstante, continuando com os mesmos sintomas, e tendo sobrevido febre, procurou o A. em 1917 que, encontrou pus, sangue e cilindros na urina, o rim esquerdo doloroso e diagnosticou pielonefrite calculosa. A doente depois de radiografia comprobatoria foi operada no mesmo ano pelo Dr. LUIS DO REGO, que retirou um calculo grande e 5 pequenos, com cura operatoria e morte um mez depois por complicações gastro-intestinaes. A observação vem na integra no trabalho de RESENDE PUECH e PAULA SOUSA em 1918.

Na tese de JOSÉ MARIA DE FREITAS ha referencia a tres casos de calculos renaes da infancia, faltam entretanto completamente os dados acerca de dois, o ultimo que por signal foi analisado é achado de autopsia no rim esquerdo d'uma menina morta por sarcoma do rim direito. São duas concreções minúsculas com peso global de 0,03 grs. constituídas por uratos, acido urico e fosfatos.

Na tese de GERALDO VICENTE DE AZEVEDO (O exame funcional do rim em cirurgia, S. Paulo, 1929) ha uma observação do DR. ATHAYDE PEREIRA :

OBSERVAÇÃO. — Aurea M., 5 anos, branca, brasileira, sem data.

Nada de notavel nos antecedentes. Molestia actual: Ha 2 anos vem tendo hematurias totaes intensas que duram alguns dias, com ligeira dor no ventre. Ha 1 ano, forte colica com febre, hematuria e intensa disuria. Nos intervalos das hematurias, que duram 4-5 mezes, de nada se queixa. Ex. fis. : Ex. do abdome inteiramente negativo. Ex. urol. : Urina vesical intensamente hematica. Capac. ves. 150 c. c. Cistoscopia : bexiga normal ; o orific. ureteral esquerdo emite urina fortemente hematica. Ex. da urina (n'um intervalo entre as hematurias) : reacção acida, sedimento com pouco pus, hematias e cell. epiteliaes, cultura bac. coli. Radiografia dos rins : rim direito normal ; rim esquerdo augmentado de volume, com uma sombra no hilo (calculo?), estando o seu polo inferior ao nivel da apofise transversa da 5.<sup>a</sup> vertebra lombar, enquanto o polo inferior do rim direito está ao nivel da 4.<sup>a</sup> vertebra lombar. Prova funcioanl : fenolsulfoftaleina (intramuscular, ingestão de 200 cc. de agua), urina total em 40' — 22 c. c. com 24 ‰, em 70' — 33 c. c. com 21 ‰. Total : vol. 55 c. c. com 45 ‰ do corante. Diagnostico : calculo ou tumor renal esquerdo? Operação : Incisão de Bergmann ; exploração renal esquerda : rim augmentado de volume, tendo o bacinete completamente cheio por um calculo, pielotomia posterior, retirada de um calculo coraliforme ; drenagem. Curada. Epicrise : A impossibilidade do cateterismo ureteral impediu que se fizesse uma pielografia, que daria o diagnostico. A prova do I. C. não foi feita para não submeter a doentinha a nova cistoscopia. A boa eliminação total do P. S. P. dava garantia de bom exito de uma nefrectomia, necessaria no caso de encontrar-se um tumor : o rim direito era por certo normal. Resolveu-se pois a exploração renal.

No trabalho do Dr. Athayde Pereira — "A Pratica Urologica na Infancia" — publicado em "Pediatria Practica", 1931, encontra-se uma reprodução da radiografia desse caso, e uma fotografia do calculo, cuja composição não é declarada.

Ainda em vida do saudoso Dr. WALTER SENG soube verbalmente dele, ao fazer um exame urologico em J. B., branco, polaco de 25 anos, calculoso renal direito, que o mesmo tinha sido operado por ele aos 7 anos dum calculo renal direito, tendo sido a pielotomia muito difficil, por se achar o rim muito baixo ; na anamnese desse mesmo caso salientavam-se as dores vagas no ventre desde a infancia. Sobre este caso pretendo voltar noutra ocasião.



Estes são os casos que encontrei, percorrendo a maioria das publicações nacionais da biblioteca da Faculdade, acredito entretanto, dada a falta de índices completos que as caracteriza, salvo raras exceções, e ás falhas das coleções, que existam casos que me tenham escapado.

Resumindo todos os dados supra penso poder chegar aos seguintes resultados.

Com os tres casos que apresento e um que cito somam agora 11 os casos conhecidos no Brasil, dos quaes 9 observados em S. Paulo, o que concorda com a maior frequencia local da litíase urinaria infantil de localização baixa.

Nesses onze casos só em cinco se estudou a composição.

Em 4 os calculos eram de oxalatos ; em um havia uratos, acido urico e fosfatos. Predominam pois os calculos de oxalato de calcio.

O peso dos calculos, tomado em cinco, variou de 0,03 grs. a 1,50 grs. (Obs. 3).

Os calculos foram encontrados 5 vezes do lado esquerdo, 3 do lado direito e 1 vez dos dois lados, em 2 ignora-se o lado.

As concreções eram unicas em 5 casos, multiplas (2.2.6.6.) em 4 casos, 2 casos não foram especificados.

Apesar de já datarem em geral os sintomas de alguns anos a maioria das operações foi feita em crianças de 7 anos (3), em duas aos 5 anos, em uma aos 6, e em uma aos 11 anos. Uma das crianças operada aos 7 anos já tinha sido operada aos 5, era calculosa recidivante. Uma outra criança foi diagnosticada aos 7 anos mas não operada.

Quanto ao sexo, 4 casos eram em meninos, 5 em meninas, de dois não se tem informações. Esta equivalencia da calculose nos dois sexos é contraria á afirmação geralmente feita pelos A.A. que se têm occupado do assunto de que a calculose renal infantil é mais frequente no sexo masculino.

Se bem que a maioria das observações aqui estudadas, tenha sido feita em brasileiros me parece que, colocar a questão da litíase sob o ponto de vista da nacionalidade, como já foi feito entre nós, é situar mal o problema; com efeito por nação entende-se povo e terra. Qual é a nação que tem povo racialmente uniforme? E num mesmo paiz a questão de terra tem importancia como demonstraram os já classicos estudos de BOKAY na Hungria da maior frequencia da litíase nas partes baixas que nas regiões montanhosas. Não obstante cito que a maioria das observações foram feitas em crianças de grandes cidades (Rio e S. Paulo).

A calculose renal infantil parece predominar entre nós na raça branca, não foi lembrado ainda caso algum em negros.

A sintomatologia da afecção entre nós segundo os casos presentes, é mais ou menos uniforme, com efeito encontra-se nos 8 casos clinicamente estudados como sintoma predominante em 7 a dor, sempre presente sob forma de colicas e de irradiações vagas pelo ventre nas proximidades do umbigo ; a hematuria total foi assi-

nalada em 5 casos, sendo que num aos 5 mezes de idade, n'um caso era sintoma dominante; a piuria foi observada 5 vezes; dois casos apresentavam cristaes na urina; 2 casos tinham cilindruria, em 3 observações nota-se a presença de febre. Duas observações mencionam expressamente o bom estado geral dos doentes.

No diagnostico os clinicos foram em geral guiados pela associação de colicas, de dôres abdominaes mal localisadas, com as manifestações urinarias supra citadas. O exame fisico quasi sempre pouco adiantava ao diagnostico que de presuntivo só se confirmava pela radiografia, prova fundamental sobre a qual se apoiaram os clinicos para mandar operar seus doentes.

O tratamento lembrado pelos proprios clinicos para os seus casos foi sempre cirurgico, sendo que dos sete casos operados todos tiveram cura operatoria, morrendo de complicações gastro-intestinaes somente 1, caso grave, infectado, de calculose bilateral recidivante. A conducta adoptada pelos cirurgiões consistio em geral em preferir a pielotomia em vez da nefrotomia, tendo sido notaveis os resultados obtidos, com a excepção citada, tanto para o periodo operatorio como quanto aos resultados finaes.

Suponho poder salientar da exposição acima :

1.º) Que a litíase renal infantil entre nós não é tão rara como se pensava, e que será encontrada mais frequentemente ainda se for procurada não só nos casos que apresentam como sintoma predominante a dôr mas tambem nos de piuria cronica, nos de hematurias totaes por fugazes que tenham sido, e nos quadros urinarios chronicos pouco claros, mesmo sem dores.

2.º) Que a contradição entre a frequencia por sexo entre nós e no estrangeiro é provavelmente aparente, porque é exactamente nas piurias chronicas, as vezes sem outro sintoma, que predominam os casos de doentinhos do sexo masculino, e estes casos ainda não foram lembrados entre nós.

3.º) Que a radiografia, convem ser usada sistematicamente nos casos acima citados, como elemento indispensavel ao diagnostico, relembRANDO entretanto que nos conflictos entre a clinica e o raio X em litíase renal, os direitos da clinica implicam em exames repetidos e combinados com outras provas até elucidação final do caso, basta lembrar que o Raio X falha nos calculos do ureter em 11 % dos casos (ISRAEL), nos do rim de 6 a 15 % (HYMAN), aliás n'uma obs. citada só a lombotomia esclareceu o caso. Como prova radiologica accessoria que se tem revelado indispensavel na infancia lembro o uso da pielografia descendente, já usada sistematicamente em combinação com a radiografia simples em diversas clinicas europeas e americanas. Prova sem os riscos do exame urológico instrumental na infancia fornece dados preciosos não só no campo da litíase como em outras afecções renaes, informando ainda quanto a função do órgão.

4.º) Que as indicações para o tratamento cirurgico sendo : desconforto do doente, prejuizo da função e principalmente como

indicação de urgência a infecção, nenhum caso de litíase urinária infantil deve deixar de ser estudado sob o ponto de vista da integridade funcional e da existência de infecção. Para o estudo da função prestam-se a prova radiológica da pielografia decendente, já lembrada, e especialmente por sua comodidade as de eliminação de fenolsulfoneftaleína e a dosagem de urea no sangue. Para o estudo da infecção é preferível recorrer ás culturas em urinas recolhidas por cateterismo aséptico, mas não se deve desprezar o exame bacterioscópico e as vezes a inoculação, porque já ha casos conhecidos no estrangeiro de associação de litíase e tuberculose.

5.º) Que estabelecida a indicação operatoria, quanto mais cedo o doente fôr operado, melhor, pois que será possível limitar a intervenção a uma pielotomia, intervenção benigna cujos resultados são muito mais brilhantes que de operações mais graves como a nefrotomia e em ultimo recurso a nefrectomia.

Rua Senador Feijó, 27.

#### BIBLIOGRAFIA

- VIEIRA DE CARVALHO, A. — *Calculo vesical infantil curado por talha perineal* — Boletim da Sociedade de Med. e Cirur. de S. Paulo, 22-8-98.  
 CINTRA, DELFINO ULHOA — *Calculos vesicaes na infancia* — Boletim da Sociedade de Med. e Cirur. de S. Paulo, 1-9-904.  
 MAURO, CARLOS — *Calculo uretral n'uma menina* — Rev. Medica de S. Paulo, ano 7.º, n. 23, 15-12-904.  
 GURGEL, NASCIMENTO — *Calculose renal na infancia* — Brasil Medico 1917, n. 43, Rio de Janeiro.  
 NEVES, ALFREDO — *Calculose renal infantil* — Sociedade de Pediatria em 15-8-917, Brasil Medico 1917, n. 37, Rio de Janeiro.  
 PUECH, REZENDE e SOUZA, G. PAULA — *Calculose urinaria da 1.ª infancia* — Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, vol. 9.º ns. 3 e 4, 1918. Bibliografia.  
 FREITAS, JOSÉ MARIA — *Contribuição ao estudo da calculose urinaria da infancia* — Tese de S. Paulo 1923. Bibliografia.  
 VICENTE DE AZEVEDO, G. — *O exame funcional do rim em cirurgia* — Tese de S. Paulo 1929.  
 PEREIRA, ATHAYDE — *A pratica urológica na infancia* — Pediatria Practica, vol. III, fasc. X, Junho 1931. S. Paulo.

## LABORATORIO "MALHADO FILHO"

### ANALYSES CLINICAS

Análises de Urina, Sangue, Escarro, Falsa Membrana, Suco Gástrico, Leite, Fezes, etc.



Reacções de Wassermann, de Rouchéas, de Flocculação e de Widal, Auto-Vacinas, etc.

### PHARMACEUTICOS

**MALHADO FILHO E PENNA MALHADO**

Rua São Bento N. 24 2.º andar) - Telephone 2-2572 - São Paulo

# Instituto Pinheiros

Bacteriologia - Sôroterapia - Farmacoterapia - Análises Clínicas  
SERVIÇO ANTI-RABICO

*Direcção dos Drs. Eduardo Vaz e Mario Pereira*

## HIPODERMOVACINOTERAPIA INFANTIL

**DO E ÚNICA** de germes em ampôlas de 1 c.c. cx. de 5 ampôlas

**Vantagens da dose única:** a) as doses serem determinadas para cada caso, a juízo clínico, na dependencia da sensibilidade do doente; b) conforme a preferencia do clinico, obter reacções fracas ou fortes; c) a mesma caixa poder ser utilizada para diversos doentes.

N. DO PROD.	NOME	BREVE NOTICIA	INDICAÇÕES TERAPEUTICAS	MODO DE EMPREGO
137	Hipodermo-vacina anti-piogenica. Dose unica para criança.	Vacina polivalente de germes piogenicos.	Infeccões.	Via subcutanea. Inicio 1/4 ou 1/3 de ampôla, para medir a sensibilidade do doente. As outras doses a juízo clinico. De regra, 1/2, 3/4 de ampôla. Depois a ampôla toda, com intervalo médio de 3 dias.
141	Hipodermo-vacina contra piurias. Dose unica para criança.	Vacina polivalente, de germes de piurias infantis.	Piurias.	
143	Hipodermo-vacina contra a coqueluche. Dose unica para criança.	Vacina mista de bacilo de Bordet-gengon e germes de rino-faringe.	Coqueluche e suas complicações. Uso profilático e curativo.	
163	Hipodermo-vacina colibacilar. Dose unica para criança.	Coli de disenterias, septicemias, peritonites, abscessos, etc.	Infeccões colibacillares infantis.	

*O Instituto prepara outras hipodermo-vacinas para uso infantil:*

Hipodermo-vacina estafilococica, Hip.-vacina estreptococica, Hip.-vacina estafilo-estreptococica, Hip.-vacina neisseriana, Hip.-vacina neisseriana mista, Hip.-vacina contra rinites, Hip.-vacina anti-disenterica, Hip.-vacina contra colite, Hip.-vacina contra asma e Hip.-vacina bronco-pneumonia.

**RUA FRADIQUE COUTINHO, 65 — SÃO PAULO - BRASIL**

CAIXA 951 - END. TELEG.: "LUZITA"

## Endocardite rheumatica e *Streptococcus cardioarthritidis*(\*)

**Dr. Carvalho Lima**

Director do Instituto Bacteriologico

O reumatismo agudo é entidade clinica perfeitamente definida. A etiologia das febres rheumaticas, porém, permanece confusa. Para muitos autores seriam a consequencia de estado de allergia bacteriana creada no organismo, graças á presença de determinadas variedades de estreptococco. Para outros, entretanto, seriam causadas por especie distincta de estreptococco. Small (1), nos Estados Unidos, descreveu o *Streptococcus cardioarthritidis*, isolado do sangue e da garganta de doentes. Embora discutida, a especificidade do *Streptococcus cardioarthritidis* tem sido affirmada por alguns pesquisadores. E' estreptococco inerte, Não enverdece nem hemolysa os meios de cultura contendo sangue. Apresenta caracteres sorologicos especiaes e fermenta determinados carbohydratos.

Em alguns casos de endocardite rheumatica conseguimos isolar do sangue dos doentes, estreptococco cujos caracteres correspondem exactamente aos do *Streptococcus cardioarthritidis*. Os dois primeiros casos vêm assignalados no trabalho sobre bacteriologia das endocardites que publicámos nos Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia (2). Os doentes, respectivamente das clinicas do Prof. Pí-nheiro Cintra e do dr. M. Sainati, falleceram pouco tempo depois de termos feito a hemocultura. Quasi nada conhecemos da observação clinica. Os estreptococcos isolados foram, entretanto, conservados. Mais attenção pudemos dispensar ao caso da clinica do dr. Sampaio Correia, em que isolámos o *Streptococcus cardioarthritidis* não só do sangue como de abcesso dentario cujo material foi colhido no momento da extracção do dente. Para o isolamento do germe foi empregado o mesmo meio usado para o *Streptococcus viridans*, isto é, caldo glycosado a 1 % com reacção correspondente ao

(\*) Apresentado á Semana de Laboratorio da Sociedade de Medicina de São Paulo, reunida de 11 a 17 de Janeiro de 1932.

pH 8.0-8.2. O crescimento do germe foi apreciado do segundo para o terceiro dia. Passado o material para placas de agar-sangue, desenvolveram-se em 24-48 horas colonias inertes, sem acção hemolytica ou enverdescente. Observadas de encontro á luz apresentavam-se pardacentas e opacas.

Semeado em meios contendo carbohydratos o *St. Cardioarthritidis* fermenta a dextrose, a saccharose, a maltose, a inulina e, ás vezes, a lactose. Não fermenta a mannita, a rafinose e a salicina. Coagula o leite e não produz indol. A prova da resistencia ao calor é negativa.

*Soro curativo* — Small diz ter usado com resultados apreciaveis o soro curativo. Para a doente do dr. Sampaio Correia preparámos, igualmente, soro curativo, immunizando um carneiro com as raças de germe obtidas do sangue e do abcesso dentario. Os resultados falharam completamente. A familia, entretanto, conseguiu rapidamente dos Estados Unidos, soro preparado pelo Laboratorio Mulford, sob a inspiração do proprio Small. Os resultados foram igualmente nullos.

Para a mesma doente preparámos um extracto aquoso de *Streptococcus cardioarthritidis*, segundo a technica preconizada por Small. Tambem essa therapeutica falhou e a doente veio a fallecer.

O extracto é preparado fazendo em solução physiologica uma emulsão contendo cerca de 100 milhões de germes por cc. Deixa-se na geladeira durante 7 dias, após o que as bacterias são removidas por centrifugação. Os productos soluveis estão no liquido que sobrenada. O antigeno é usado diluido em solução physiologica em doses semanaes. Age no organismo como desensibilizante e tambem como neutralizante da toxina estreptococcica. Tendo falhada no unico caso em que tivemos ensejo de empregar, aguardamos novas oportunidades para usal-o não só nas endocardites como nas outras manifestações das febres rheumaticas.

A auto vaccina parece ser igualmente sem acção. Para uma doente de arthrite rheumatica da clinica do dr. Aluisio Fagundes e do qual isolámos o *Streptococcus cardioarthritidis* do material do joelho, obtido por punção, preparámos uma auto vaccina, mas não tivemos conhecimento do resultado.

Com uma das raças de *Streptococcus cardioarthritidis* inoculamos um coelho perfeitamente são, injectando endovenosamente cada 2-3 dias, 6 doses successivas de 5-10 cc. de caldo de cultura de 24 horas. Após a terceira injectação o coelho apresentava-se doente, mas sem nenhuma manifestação articular. No fim da quinta dose percebia-se que o animal sentia dores articulares á pressão. Alguns dias após a ultima inoculação o coelho estava bastante doente. Morreu mais ou menos um mez depois dessa ultima dose, com grande atrophia muscular As juntas apresentavam-se grossas, mas sem puz.

O facto de termos isolado de casos de endocardite rheumatica um germe cujos caracteres se superpõem aos do *Streptococcus cardio-*



*arthritidis* de Small não nos permite ainda conclusão alguma, quanto à especificidade desse germe no reumatismo agudo. É verdade que uma vez o isolámos duma arthrite rheumatica e muitas vezes temos isolado da garganta, mas nunca conseguimos o mesmo germe do sangue no período agudo da doença. Igualmente não servem de base as lesões produzidas no coelho, porque outros autores têm obtido lesões idênticas com outras variedades de estreptococos. Isso faz crer, como suggeriu Birkhaug (3), que as lesões do reumatismo agudo poderiam correr por conta de toxinas elaboradas pelos estreptococos em determinados focos, como amygdalas, abscessos dentários, creando nos doentes um estado de allergia. E por isso, a remoção dos focos de infecção beneficia sempre o doente. A questão, entretanto, ainda está para ser resolvida.

Rua do Arouche, 11.

#### REFERENCIAS:

- 1 — Small: Am. Jour. Med. Sc., 1927, CLXXII, 101.  
——: Am. Jour. Med. Sc., 1928, CLXXV, 638.  
——: Jour. Lab. & Clin. Med., 1929, XIV, 1144.  
——: Jour. Lab. & Clin. Med., 1930, XV, 1093.
- 2 — Carvalho Lima: Ann. Paul. Med. Cir., 1929, XVII, 217.
- 3 — Birkhaug: Jour Inf. Dis., 1927, XL, 549.

*polivaccina gonococcica*

**VACCINAS  
DALLARI**

*vaccina curativa anti-piogena mista*



Concessionarios para o Brasil: L. PICOLLO & CIA.  
RUA D. JOSE' DE BARROS, 13 — CAIXA, 2345 — SÃO PAULO

# GADUSTYL

RECONSTITUINTE  
MOLESTIAS DOS PULMÕES

ESTERES DE CHAULMOOGRA  
OLEO DE FIGADO DE BACALHAU  
GUAYACOL  
LECITINA  
EUCALYPTOL

AMP. DE 1 C. C.

LABORATORIO BRASILEIRO  
DE THERAPEUTICA LTDA.

RUA BRAULIO GOMES, 25

TEL. 4-3217

S. PAULO

## IODROL

*não é uma novidade, não é remédio novo; é, sim, uma velha fórmula melhorada, afim de reunir ao seu valor therapeutico um sabor agradável.*

*Uma colher de sopa - 15 cc, de IODROL contem precisamente:*

	gr.
Iodo assimilavel	0,015
Bi-iodeto de mercúrio	0,005
Iodeto de potassio	0,250

*Não é xaroposo, agrada ao paladar mesmo das crianças, que o ingerem sem relutancia alguma, sendo perfeitamente tolerado pelo estomago e não produzindo phenomenos de odismo.*

*No tratamento da syphilis*

## BISMUTRIOL

*offerece as seguintes vantagens:*

- I — E' anti-syphilitico poderoso
- II — E' absolutamente indolor
- III — E' isento de qualquer substancia analgesica
- IV — E' chimicamente puro
- V — E' autoclavado a 120°.
- VI — Não determina reacções locais ou gerais.
- VII — Não determina nodulos.
- VIII — Não determina estomatite nem albuminuria.

Conquanto seja o BISMUTRIOL composto soluvel, apresenta-se sob a forma de suspensão oleosa e por isso deve-se agitar bem a empola e aquocel-a ligeiramente antes de fazer uso.

Uma empola cada 2 dias

## Toxicose por ulcera cronica estenosante do duodeno<sup>(\*)</sup>

**Prof. B. Montenegro**

Cathedratco de Technica Cirurgica e Cirurgia Experimental  
da Faculdade de Medicina de S. Paulo

**Dr. Piragibe Nogueira**

Assistente do serviço

E' de todos conhecido quanto tem avançado a cirurgia gastro-duodenal desde Pean. Basta considerar o prestigio da resecção, da qual foi pioneiro Billroth, atualmente ainda melhorada nos seus bons resultados com o advento da anestesia tronco-regional.

Póde-se afirmar que, satisfeitas as indicações e obedecida a boa technica, é o ramo da cirurgia que mais de aproxima dos resultados ideais.

Apesar disto e apesar da menor separação hoje existente entre o clinico e o cirurgião, não são raros os portadores de ulceras cronicas do duodemo, que se apresentam com estenose pronunciada desse segmento do tracto digestivo, e só quando estase severa revelada, principalmnte pelos vomitos sistematicos, ameaçam-lhes a vida é que esses doentes procuram o recurso cirurgico.

Queremos focalisar uma complicação muito séria das estenoses avançadas, que póde se apresentar com gravidade crescente, relacionada ao progresso lento da estenose, ou proceder por surtos que correspondem á hiperemia ativa e edema do segmento onde a angustia se verifica.

Essa complicação, que tem um quadro sintomatico complexo, é devida a profundo desequilibrio do quimismo sanguineo, revelado por elevação do Az n.p., grande aumento das proteínas, principalmente da globulina, hiperlipemia tardia, mas que póde se pronunciar bastante, hipocloremia e alcalose. Estes 2 ultimos fenomenos junto ao aumento do Az n. p. constituem todavia a triade classica. O conhecimento da alcalose procede dos estudos sobre as variações

---

Comunicação feita na secção de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina, a 10-5-1932, pelo Dr. Piragibe Nogueira.

da concentração do ion H no sangue. Estes estudo, como é sabido, evidenciaram principalmente o extraordinario conceito em que se deve ter a acidose. Tão importantes mesmo foram os conhecimentos que a acidose trouxe á patologia e á terapeutica, que a alcalose ficou quasi inteiramente descurada. Vem daí o fato de a medicina de nossos dias usar e até abusar da terapeutica anti-acidosica, sem pensar no extremo oposto. Institue por exemplo, como se verifica em algumas clinicas americanas, segundo Pfeiffer, o sôro bicarbonatado como medida padrão no post-operatorio, sem levar em linha de conta que o doente pôde estar em alcalose e esquecendo que os corpos cetonicos tão comumente indicadores de acidose não o são de uma maneira exclusiva e podem existir tambem na urina de um individuo em alcalose.

E o computo da literatura revela de fato um franco descaso pela alcalose, no estudo da patologia gastro-duodenal, mau grado Hardt e Rivers já em 1923 terem chamado a atenção dos estudiosos para o quadro da alcalose, em afecções do aparelho digestivo. Assinalaram eles os perigos da supercalcalinisação na terapeutica das ulceras gastro duodenais, opinando que as perturbações se estabeleciam provavelmente devido a alterações do quimismo sanguineo, patenteadas pela alcalose. Registraram, mesmo, casos apresentando, uns o quadro uremico e outros o da tetania. Contribuições identicas surgiram, embora em pequeno numero, mas bastante judiciosas, destacando-se sobretudo os trabalhos de Haden e Orr, no campo experimental e o de Bothe, Rathery e Rudolph e Pfeiffer no da clinica. A alcalose foi relacionada a perturbações renais verificadas pela experiencia e suspeitadas pela albuminuria, cilindruria e ematuria discretas, verificadas clinicamente. Para o lado das funções renais observou-se de fato nos casos de toxicoses por obstrução de segmentos altos do intestino uma quéda no poder eliminador, ao lado de um acrescimo rapido do Az total no sangue. E ha na literatura referencias á uremia em gastroenterostomias com deficiencia da anastomose, tendo sido o deficit renal apontado como responsavel pelo desastre. Estudos recentes mostraram, porém, que tal tipo de uremia é devido inteiramente a uma toxicose, causada pela obstrução alta e não é condicionado por deficit da função renal.

Haden e Orr observaram mais que além da alcalose, da hipocloremia, do aumento do Az n. p. nas estenoses altas, ha aumento da fibrina, que é sempre paralelo ao da toxicose e tambem lesões do figado, que se torna deficiente.

O fato é consequente á toxicose, a qual, como afirma Pfeiffer, provoca igualmente uma glomerulo-nefrite.

Numerosas são as teorias que procuram achar a causa ou as causas do quadro que se estabelece nas obstruções altas. Para clareza podemos dividil-as em dois grupos: Um deles, o maior, é baseado na ação dos fatores toxicos verificados na luz dos segmentos oclusos. O outro, muito menor, despresa o valor desses mesmos cor-

pos toxicos, tanto os originados pela atividade das bacterias como seus proprios elementos de desassimilação ou toxinas. A ideia de que corpos cujas caracteristicas farmaco-dinamicas ainda não foram definidas mas reconhecidamente resultantes da putrefação do conteúdo intestinal eram absorvidos e respondiam pelos sintomas, encontrou argumentos rijos. A fermentação é consideravelmente menor nos tratos superiores do intestino, justamente os que produzem quando obstruidas as toxicoses mais graves e rapidas. Procurou-se justificar os graves sintomas das obstruções altas sómente pelas toxinas resultantes da desassimilação bacteriana. Murphy e Brooks observaram que uma vesicula biliar pôde ser obstruida e esquemiada até á gangrena, sem que o animal em experiencia apresente sinal de intoxicação, podendo o material da vesicula ser administrado a outro sem que cause tambem perturbações. Tratando-se, entretanto, de uma vesicula infectada, não tardava a obstrução em provocar a toxicose e a injeção intravenosa do material contido na vesicula provocava fenomenos graves num animal. Houve experimentadores que pretenderam esterilisar, com antiseticos, o intestino de cães e provocar posteriormente a estenose para controlar assim o papel dos micro-organismos. Essa medida basica e preliminar não foi, entretanto, conseguida. Permanece, pois, de pé nos dados experimentais, como fator importantissimo, a atividade bacteriana nas oclusões, mormente quando se trata de cavidade fechada. Os trabalhos de Draper, Sweet e outros chamaram a atenção para a importancia das secreções do tracto alto quando absorvidas a pequenas distancias do sitio de produção, sem sofrer a provavel ação desintoxicante ao longo da rota do intestino mesenterial até ás ultimas porções do ileo. Ainda Whipple pensou numa toxina existindo no corpo da mucosa da alça estenosada e advinda de alterações tissulares, mas os trabalhos não deixaram bem claro se a destruição da mucosa pelo fluoreto de sodio impedia a genese dos corpos toxicos ou a absorção deles. As toxinas produzidas por dados germens, pelo *b. Welchi* como queria Williams, e a antiga suposição de Reichel, sobre a bacteremia, não foram alicerçadas pelas experiencias posteriores. No grupo dos que negam á toxemia originada desta ou daquela fórma o papel predominante no desencadeamento dos sintomas, foi a desidratação o fator apontado como precipuo. Os trabalhos de Hartwell e Hoguet autorizavam esta hipotese. Haden e Orr fizeram, porém, taboa rasa das afirmações daqueles experimentadores, revertendo ao  $\text{Na Cl}$  o que eles atribuíram á agua. Gatch, Trussler e Ayres quizeram achar na hipocloremia toda a causa do quadro sintomatico, mas parece que ela exprime a toxicose. Essa mesma hipocloremia pôde em parte pelo menos explicar a alcalose e junto a esta ter sua parcela de atividade, sem, entretanto, constituir o fator principal e muito menos o exclusivo.

A irritação nervosa reflexa aqui tambem foi chamada á luta, aliás quasi não ha campo obscuro da patologia onde não entre ela

e aqui tambem sempre obscura e despida dos rigores da experiencia. Em resumo, póde-se afirmar que a maioria dos trabalhos resalta o papel dos productos da atividade dos micro-organismos e das suas proprias toxinas, embora não os julgue como exclusivos.

A abundante secreção do tracto alto, secreção talvez de natureza especial, e a complexidade maior dos proteicos trabalhados a esse nivel pela atividade bacteriana ao lado dos toxinas produzidas pelos diferentes germens explicam satisfatoriamente os syndromos das estenoses altas. Basta admitir que a mucosa deixe passar esses elementos, o que é verdadeiro, porque ela sempre se altera diante das perturbações circulatorias e da ação quimica dos corpos existentes na luz da alça obstruida.

Quanto ao mecanismo das modificações do quimismo sanguineo, trabalhos judiciosos têm oferecido rasoaveis explicações. A baixa dos cloretos correria por conta do aproveitamento que deles realisa o organismo para combater os elementos provocadores da intoxicação. O aumento do Az n.p. representaria um maior consumo de proteicos por autofagia intensa. A alcalose seria função da ruptura do Na Cl, sendo o anion Cl combinado ás proteoses toxicas e indo o cation Na incorporar-se ao  $\text{CO}_2$  e deste modo provocar o aumento da reserva alcalina. Por outro lado esses proteicos de desmantelamento desencadeadores da toxicose seriam bases fracas a contribuir no aumento do valor do Ph. A elevação da glicose, quer livre quer proteidica, é pouco acentuada e carece de significação no quadro. Verifica-se, ainda, mas sempre com um valor secundario, o aumento da fibrina, que Denis reputa argumennto contrario á lesão hepatica que Haden e Orr pretendem achar-se associada ao fato. O aumento da viscosidade sanguinea assim como a sedimentação mais rapida e hiperglobulia são tambem verificaveis, mas acham-se diretamente ligados á desidratação e como função desta não têm valor diagnostico. Vejamos os fatos que deram margem a estas considerações.

#### PRIMEIRA OBSERVAÇÃO

A. F. — 43 anos — Casado — Protuguez — Branco — Operario

Exame feito a 6-2-1932.

Antecedentes familiares: Sem interesse.

Historia conjugal: A mulher teve 4 filhos e 2 abortos espontaneos.

Antecedentes pessoais: Passado isento de accidente morbido digno de menção. Usa do alcol moderadamente; é fumante habitual.

*Historia da molestia* — Seus males iniciaram-se ha 12 anos por dôres epigasticas, semelhantes a colicas irradiadas para os hipocondrios e para o dorso, sobrevivendo de 1 a 3 horas depois das refeições e cedendo pelo menos temporariamente, com a ingestão de alimentos. O alcool e os alimentos acidos faziam-lhe mal e o decubito supino melhorava em muito as suas dôres. Tinha azias, mas não com a frequencia com que sentia dôres. Não tinha nuseas e nem vomitava. Costumava



passar 3 a 5 dias doente e 1 a 3 bem, permanecendo 1 a 2 mezes nessas alternativas, para depois entrar em acalmias de varios mezes, e até de um ano mesmo. Assim viveu até 6 anos, época em que as dôres começaram a se acompanhar de náuseas e de vômitos, ôra aquosos, ôra alimentares. Surgiu plenitude logo após as refeições, que se apresentava mesmo quando em periodo de acalmia. Aprendeu a combater a azia com bicarbonato, cousa que faz até hoje. Esse estado manteve-se por 2 anos. Daí para cá a dôr aumentou de intensidade, os vômitos tornaram-se frequentes e com caracteres de estase. Havia temporadas em que o peso e a plenitude epigástrica eram constantes, só diminuindo com dieta leve e liquida. Passou provocar os vômitos, quando estes tardavam, por causa do alivio que traziam. Nos periodos de remissão só o incomodavam o peso e a plenitude, que cediam com as eructações, mas essas remissões vêm se fazendo cada vez mais raras e nestes ultimos 40 dias tem tido dôres e tem vomitado diariamente. Ha dias em que tem notado sangue em pequenos coágulos no material vomitado, fato esse que data desde os primeiros tempos em que os vômitos apareceram. Apetite pouco pronunciado. Prisão de ventre de 2 a 3 dias. Urina bem. Sono : tem sido prejudicado por inquietude nestes ultimos dias.

*Exame* — Peso habitual 68 quilos ; peso atual 61 1/2, sendo que esta diferença estabeleceu-se nestes ultimos 20 dias. O paciente apresenta-se magro e com facies abatida. Pele de boa côr. Mucosas um tanto descoradas. Não ha ganglios hipertrofiados nem dôres osteocópicas. Esqueleto simetrico ; bom desenvolvimento muscular. Reflexos não modificados. A inspeção da cabeça só revela dentes mal conservados. Nada digno de nota no pescoço. Torax de boa conformação ; nada de anormal para o lado dos pulmões e do coração ; pressão sistolica 120 ; a diastolica 80 ; arterias perifericas não endurecidas.

*Abdomen* — Ventre flacido e escavado. Ceco e colons indolores. Fígado ao nível do rebordo. Ponto cístico indolor. Baço não palpavel. Estomago a 3 cms. abaixo do umbigo, com clapotage, quando em repouso, e dando ondas peristálticas visíveis, quando em contração. Região piloro-duodenal dolorosa.

**EVOLUÇÃO DO CASO :** — Quatro dias após o exame do doente no consultorio, recebemos chamado urgente e informações de que era gravissimo o seu estado. Fomos encontra-lo em sub-coma. A flacidez das paredes do ventre, a ausencia de pneumoperitонеo hepatico, o tipo respiratorio predominantemente abdominal, a amplitude e frequencia do pulso afastaram a ideia de perfuração. Como o local era bastante afastado do centro da cidade e a ambiencia incapaz de se encarregar de quaesquer cuidados, removemos o enfermo imediatamente para o Sanatorio de Santa Catarina. Afo examinamos com mais calma e vimos mais : lingua secca e saburrosa, esforço de tosse unico e violento, repetindo-se a espaços de alguns minutos, agitação e delirio confusional que permaneciam por breve tempo e eram seguidos de prostração. Reflexos diminuidos, principalmente á esquerda ; mesmo a pupila parecia vagarosa, mormente no consensual.

Aparelho respiratorio nada apresentando de anormal. Bulhas cardiacas não modificadas. Pressão Mx 98 Mn. 65 — Temperatura 37,8. Nenhum sinal de tetania.

O exame de urina, retirada com sonda, nada de extraordinario revelou. Não havia glicose nem corpos cetonicos. Nada provava acidoze. Fizemos, entretanto, 20 unidades de insulina e 500 c.c. de sôro, sendo metade fisiologico e endovenosa e

metade glicosado sub-cutanea. Pensamos na punção lombar para os exames indicadores de lues e na dosagem de uréa no sangue. Antes de assim proceder, resolvemos que um neurologista visse o doente. O Dr. Adherbal Tolosa nos auxiliou sem demora e indicou a punção diagnostica. O exame do liquido informou que a citologia era normal, que eram negativas as reações para lues e que havia 3 grs. 10 de uréa por litro.

O exame de urina tipo I revelou :

Albumina : contem traços.

Sangue : traços.

Muco-pus : não contem.

Glicose : não contem.

Frutose : não contem.

Acetona : não contem.

Ac. acetilacetico : não contem.

Ac. biliares : não contem.

Pig. biliares : não contem.

Diazo-reacção : negativa.

Cilindroides : raros cilindroides.

Leucocitos : alguns leucocitos.

Hematias : algumas hematias.

Celulas : frequentes celulas epiteliaes chatas descamadas.

Cristais : não encontrados.

Conhecido este resultado, sem perda de tempo sangramos o doente e instituímos injeções abundantes de sôro glicosado sub-cutaneo e de soro hipertônico endovenosamente. Além disso prescrevemos antisépticos urinarios, tonicardiacos e enemas evacuates. O doente nos primeiros 3 dias só deglutiui liquidos e com notavel dificuldade. A deglutição provocava violentos esforços de tosse, provavelmente em virtude de paresia da musculatura da base da lingua e do palato mole. No quarto dia, porém, essa dificuldade cedeu e uma alimentação aprobeica foi instituida. No quinto dia, a uréa havia baixado a 1,50 gr. e o doente afóra periodos longos de sonolencia nada mais acusava. Faltou a R. A.

O exame é carissimo, quasi proibitivo para doente de poucos recursos, e nós já haviamos perdido a oportunidade melhor, quando identificamos o caso. Ao decimo dia tinha alta o paciente, não apresentando sinal algum de toxicose, sendo que desde o quinto dia haviam desaparecido as perturbações psiquicas. Aconselhemo-lo a abster-se de bicarbonato e fazer uso de alimentação leve pouco condimentada, mas abundante. E o prevenimos que si os vomitos constantes se apresentassem viesse imediatamente á nossa procura. Desejava o doente melhorar o seu estado geral e fazer um pequeno preparo financeiro para que pudesse dar conforto á familia durante o tempo de hospitalisação.

A 17 de Março de 1932 veio o doente á consulta, queixando-se de que os vomitos severos haviam-se estabelecido ha 2 dias. Removemo-lo para o Hospital pedimos exame de cloretos no sangue, uréa e R. A., cujos resultados foram :

Reserva alcalina pelo Van Slyke : 87,66 %.

2,72 grs. de cloretos por litro de sangue total.

0,70 grs. de uréa por litro de sôro.

Instituímos durante dois dias dieta leve e liquida e Na Cl a 10 %, na quantidade de 500 c.c. O doente foi operado a 19 de Março, tendo sido feita meia hora

antes da intervenção uma lavagem do estomago, que deu saída a liquido pardo-cento, com particulas alimentares em suspensão.

**RELATORIO DA OPERAÇÃO:** Diagnostico clinico : Ulcera estenosante do duodeno.

Indicação operatoria : Gastrectomia parcial (Reichel-Polya).

Data da operação : 19-3-1932. — Operador : Prof. Montenegro.

Assistente : Dr. Piragibe.

Anestesia : Tronco-Regional — Agente e quantidade : Novocaina 1/2% ; 220 c.c.

Anestesista : Dr. Piragibe — Duração : 15 minutos — Marcha e acidentes : Nenhum.

*Descrição* — Incisão para-mediana direita, supraumbilical, a 2 cms. da linha mediana. Aberta a lamina anterior da bainha do musculo grande reto anterior, foi este dissecado e afastado para fóra, dando logar á abertura da lamina posterior de sua bainha e do peritoneo, conjuntamente. Aberta a cavidade abdominal verificamos a presença de um enorme estomago, occupando grande parte do abdomen superior e decendo até o nivel do umbigo. Afastados os bordos da ferida por um afastador de Balfour, pudemos verificar : a existencia de uma cicatriz estrelada, espessa, indicativa de uma ulcera cronica, na face anterior do bulbo duodenal ; infiltração da pequena curvatura do estomago ao nivel da incisura angular, com inicio de formação cicatricial e pontos de mesenterite retratil, espalhados pelo mesocolon transverso. Exteriorisado o estomago e infiltrado o pequeno epiploon com a solução anestésica, procedemos á retirada da peça cuja fotografia aqui juntamos. Ao descolarmos o bulbo duodenal da cabeça do pancreas, notamos quão reduzida em diametro se achava aquela porção do intestino delgado.

Secionado entre suas ligaduras, foi a parte remanente do bulbo invertida para dentro de sua propria luz, por meio de sutura em bolsa (enterramento do côto duodenal). Rebatido o estomago para a esquerda, constatamos a presença de neo-membranas, que foram seccionadas á tesoura, ligando a sua face posterior á anterior do corpo do pancreas. Aberta uma brecha vertical no mesocolon transverso, suturamos o seu labio posterior na parede posterior do estomago, e após havermos atraído uma alça do jejuno atravez desta brecha, procedemos a uma gastro-entero-anastomose a Reichel-Polya, com 3 camadas de suturas : sero-serosa, sero-muscular e muco-mucosa, a categute cromado numeros 0 e 1, montado em agulha atraumatica. Terminada a anastomose, fixamos o labio anterior da brecha mesocolica na parede anterior do estomago. Notamos grande hipertrofia da camada muscular do estomago, o que dificultou em parte a boa adaptação da sua camada sero-muscular á correspondente do jejuno (2.º plano de sutura). Fechamento do ventre em 3 planos : lamina posterior da bainha do grande reto anterior e peritoneo, conjuntamente ; lamina anterior da mesma bainha e pele

*Peça* — Estomago 18 cents. e duodeno 3,4 cents. Mucosa do estomago macroscopicamente normal, exceto na região do antro, onde ha gastrite hipertrofica intensa. A 10 cents. do piloro ha na face anterior do estomago, proximo á sua pequena curvatura, uma pequena ulcera já cicatrizada. Bulbo duodenal apresentando uma ulcera circular, em sua maior parte cicatrizada, com alguns pontos em atividade e acarretando forte estenose do mesmo. O piloro acha-se livre.

*Duração da operação* — 1 hora e 45 minutos. Suturas usadas: Contínuas, com categut simples e cromado, onde especificado.

*Acidentes durante a operação* — Nenhum. Penso: seco — Condições do operado ao terminar: Bóas.

Seis dias depois da intervenção e quatro depois que o paciente ingeria algum alimento, novos exames foram feitos.

A suficiência renal foi pesquisada e amplamente comprovada pelo indigo-carmin.

Reserva alcalina pelo Van Slyke: 86,49%. Quimismo sanguíneo: 4,94 grs. de cloreto por litro de sangue total.

0,50 grs. de uréa por litro de soro.

Cedera a hipocloremia em grande parte, o mesmo acontecendo com a azotemia.

A R. A. mantinha-se alta ainda. Suspendemos o soro fisiológico que estava sendo administrado em quantidade de 1/2 litro por 24 horas, visto que já era possível ministrar dieta alimentar suficiente. Teve alta o doente ao 11.º dia. Estavam esperando algum tempo para novo exame da R. A., o que não foi possível.

Neste doente e no da observação seguinte foi feita a punção lombar.

No primeiro caso ela se fez porque a situação era pouco clara e não tínhamos ainda identificado o caso, mas no segundo não íamos pedir exame de L.C.R. Foi a raquicentese feita, entretanto, antes de termos o caso em mãos. Pedimos R. A., uréa no sangue e cloretos, mas por lamentável equívoco este último exame deixou de ser feito.

## SEGUNDA OBSERVAÇÃO

M. P. — 38 anos — Casado — Brasileiro — Branco — Empregado no comércio. Examinado em 23-2-1932.

**ANAMNESE** Antecedentes familiares: A mãe morreu de uma úlcera no estômago (?)

**Historia conjugal:** Casado ha 14 anos. A mulher teve 1 aborto espontâneo.

**Molestias e traumatismos anteriores:** Hernia inguino-escrotal direita, ha 7 anos. Não bebe e fuma moderadamente. Gonorréia: ha 8 anos.

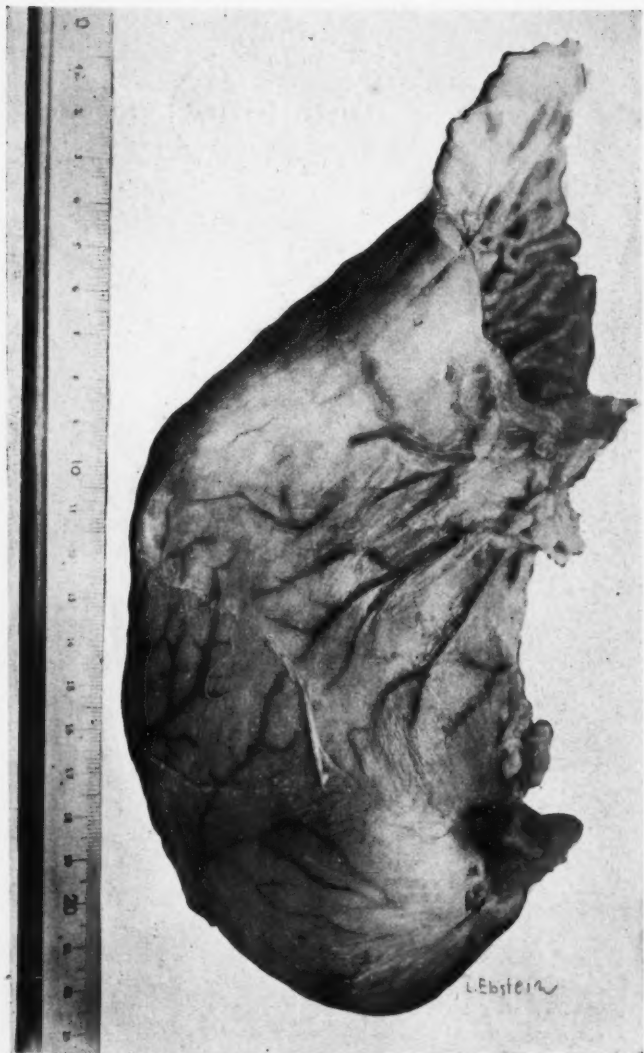
**Queixa principal:** Vômitos. Soluços.

**Historia da molestia atual:** 10 anos faz que começou a sofrer dores epigástricas, sem irradiação que cediam, embora nem sempre, com a ingestão de alimentos, ou de alcalinos. Eram tardias em relação às refeições e havia dias em que se apresentavam com dor de fome. Costumava ter dores 3 a 4 dias e passar bem outros tantos. Teve períodos de acalmia que atingiram até 3 meses. Ha 4 meses começou a ter fortes azias e eructações. O vômito provocado tudo aliviava. Ha um mez começou a notar vômitos de estase até de 12 horas. Quasi todos os dias vômita, embora faça dieta leve e ha 20 dias que soluça muito, quando está com o estômago cheio. Ha 2 meses não tem tido dores. Nunca teve melenas. Apetite conservado. Tem peso e plenitude após as refeições. Prisão de ventre de 5 a 6 dias. Urina bem. Sono: perturbado por hipersialorréia, arrotos, soluços e vômitos.

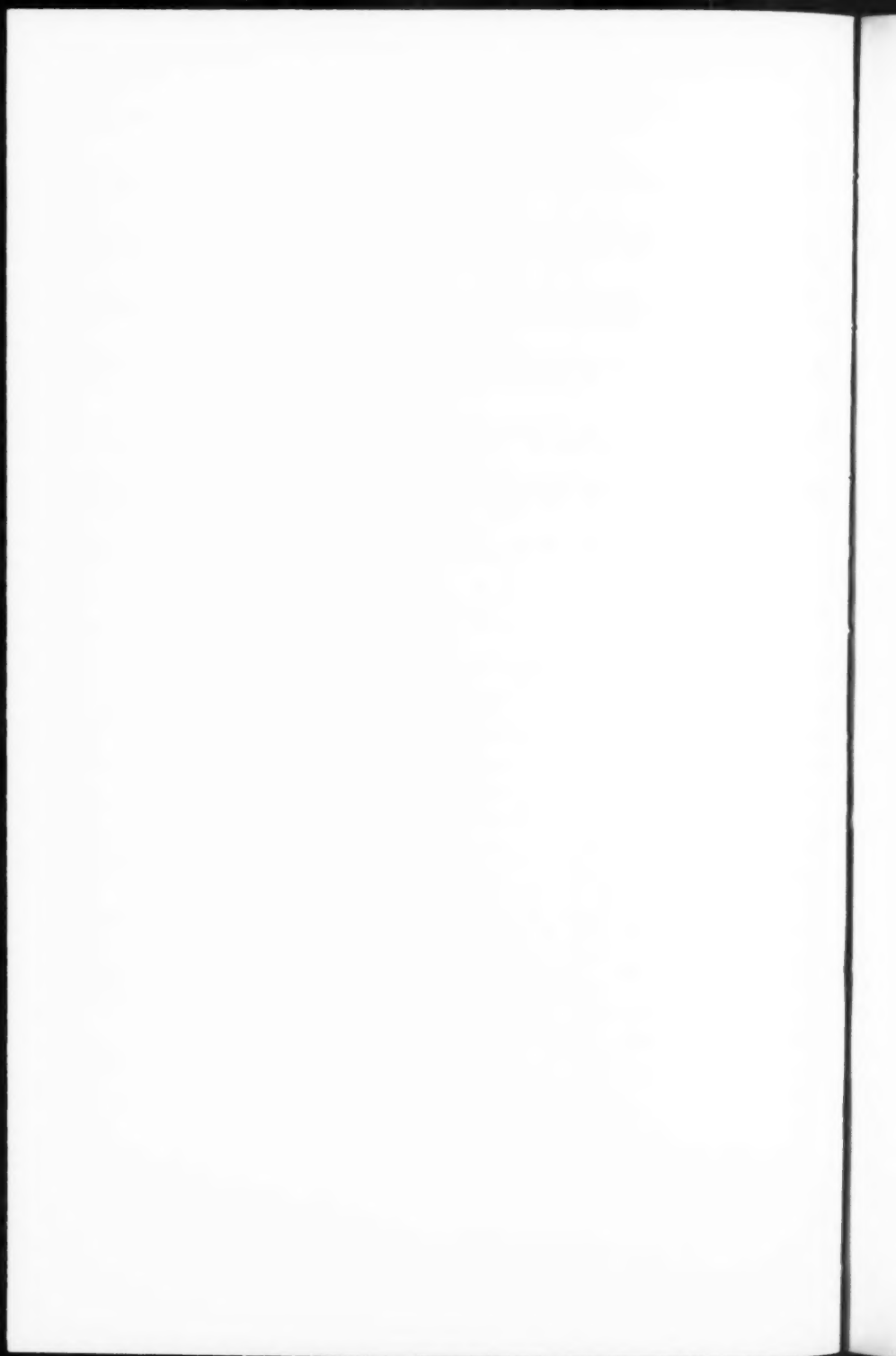








Observ. n.º 1 — A peça retirada. É patente a estenose; vê-se a grande porção de estômago retirada.



*Exame* — Arterias perifericas depressiveis. Pressão arterial : Mx 102 Mn 65. Ganglios superficiais : não palpaveis — Reflexos : integros.

A inspecção do couro cabeludo, pupilas, seios, boca e pescoço nada fornecem de importancia. Pulmões e coração nada revelando de anormal.

*Abdomen* — Flacido. Atravez da parede pôde-se verificar as ondas de Kussmaul, que a musculatura do estomago realisa em contrações que morrem ao nivel do duodeno. A grande curvatura vem até 5 dedos abaixo da linha bi-iliaca : ha vasculejo e clapotage intensa. Hernia inguinal direita. Diagnostico : Ulcera estenosante do duodeno. O doente foi avisado de que devia ser operado dentro de poucos dias.

3 dias depois dava entrada no hospital o doente.

O estado geral agravou-se rapidamente no dia seguinte ao da entrada e em poucas horas. Fizemos soro hipertónico, sôro glicosado, toni-cardiacos, diureticos e mesmo sangria sem resultados. A' noite desse mesmo dia, o doente sucumbiu não nos tendo sido possível a autopsia. Foi feito exame de urina, exame de quimismo sanguineo e do L.C.R., sendo estes os resultados :

Urina isenta de glicose e de corpos cetonicos, como prova o seguinte exame :

Reação . . . . .	acida
Albumina . . . . .	não contem
Assucar . . . . .	não contem
Acetona . . . . .	não contem
Ac. diacético . . . . .	não contem
Bile . . . . .	não contem
Cilindros . . . . .	alguns hialinos
Hematias . . . . .	raras
Pús . . . . .	não contem
Frutose . . . . .	não contem

L. R. C. fornecendo estes dados interessantes:

Citologia normal

Reações para lues : negativas.

1 gr. 90 de uréa por litro.

Quimismo sanguineo :

R. A. pelo Van Slyke : 88,5%

Uréa 2 grs. por litro.

**THERAPEUTICA** : — Mac Cann assinalou em 1918 a alcalose nas oclusões e Mac Callum em 1920 procedendo a estudos experimentais reafirmou o aumento de R. A. e ainda a hipocloremia.

Tileston e Comfort foram os primeiros a verificar o aumento do Az n. p. na obstrução intestinal em animais de laboratorio, no que Whipple os secundou. Dirigiram as suas pesquisas para o sangue e urina, em casos de estenose alta.

Estabeleceram tambem a quéda dos cloretos no sangue, geralmente relacionada a uma elevação de Az n. p. e da R. A. sendo que na urina havia baixa dos cloretos e aumento do Az n. p.

Foi o cão o animal de escolha. Os não tratados morriam mais ou menos em 4 dias. Os cães que recebiam diariamente 50 c.c. de uma solução de Na Cl a 10 %, desde o dia da operação, não apresentaram dentro de um mesmo período as modificações assinaladas. Em animais com obstrução do duodeno, só por 48 horas verificavam as típicas modificações do sangue. Ao fim de rapido tempo, a injeção diaria de 50 c.c. de Na Cl a 10 % fazia o sangue voltar ao quimismo normal, ao passo que em animais não tratados e submetidos a mesma prova, as alterações permaneciam longo prazo depois de removida a obstrução. Foi tambem experimentado o tratamento com glicose a 25 % e com agua pura, sendo que nenhuma vantagem trouxeram. Isto permitiu a Haden e a Orr acharem a explicação para o fato de Hartwell e Hogueet terem conseguido manter vivos, por 3 semanas, cães com estenose alta, aos mais administravam sôro fisiologico em abundancia.

Ficou estabelecido por eles que não era a desidratação a causa da morte nas obstruções, como pensavam Hartwell e Hogueet. Animais estenosados não tratados resistiam mais do que os tratados com agua pura. Haden e Orr publicaram observações da clinica humana provando a eficiencia do Na Cl nos casos de estenoses altas para combate da toxemia. Outros autores americanos divulgaram tambem, algumas notaveis observações de casos em que o Na Cl deu bons resultados. Entre os francezes encontramos o caso de RATHERY e Rudolf. Era um doente portador de uma gastro ou duodenopatia que de tempos a tempos sofria periodos de estenose, caindo em azotemia, alta de R. A. e baixa de cloretos, sendo os accidentes combatidos com sucesso pelo Na Cl. O mecanismo de ação do Na Cl é hipotetico. A quêda dos cloretos sugere serem eles aproveitados pelo organismo como defesa contra o toxico. Verificou-se num caso que o doente eliminava pela urina só 1 gr., 8 de Na Cl por litro, estando este corpo em taxa não além da normal no sangue, apesar de em 36 horas ter o doente recebido 90 grs. de Na Cl.

Aceita a hipotese, é facil combina-la com a que explica a alcalose como função do ion Na, que se torna livre, devido á utilização de Cl e vae se fixar ao C O<sub>2</sub>. A administração do Na Cl quando se tratar de casos preventivos faz-se por via oral e, nos casos que demandam urgencia, por via parenteral, sendo preferivel sempre que possivel a endovenosa. A dose que preconizam Haden e Orr é a de 1 gr. por quilo em 24 horas. A solução a 10 % deve ser preferida e, se empregarmos a dose aconselhada pelos autores americanos, devemos nos recorrer tambem da via sub-cutanea. O aumento da glicose no sangue é pequeno, e, o que é mais importante, é relativo: Não é, portanto, contra-indicado o sôro glicosado, que irá diminuir a autofagia. Nunca, porém, deve ser empregado isolado. Nas estenoses por ulceras duodenais cronicas podemos ainda lançar mão das lavagens do estomago.

## CONCLUSÕES

1.º) — As úlceras crônicas do duodeno podem provocar estenoses progressivas, que terminam pelo quadro de uma verdadeira oclusão alta aguda ou surtos intermitentes de oclusão aguda, provavelmente relacionadas com intensas fases congestivas da mucosa ao nível da lesão e das porções que lhe são vizinhas.

2.º) — Clinicamente ha inteira semelhança com a crise uremica e principalmente quando os fenomenos de tetania pouco se pronunciam; o passado gastrico é seguro orientador.

3.º) — O exame de urina verifica ausencia de glicose e corpos cetonicos (destes excepcionalmente quantidades minimas podem ser reveladas), e o quimismo sanguineo mostra um desequilibrio patenteado principalmente por hipocloremia, azotemia e alcalose.

4.º) — O tratamento consiste principalmente no emprego de soluções hipertonicas de Na Cl auxiliado por tonicardiacos e soro glicosado, até que as condições gerais permitam a gastroentero precedi-da da reseção, se o estado do enfermo permitir.

5.º) — Os portadores de úlceras crônicas estenosantes do duodeno, uma vez que a retenção gastrica se agrave, devem sem perda de tempo ser examinados sob o ponto de vista do quimismo sanguineo e submetidos a tratamento que evite a toxicose.

Rua Pará, 9,

## LITERATURA

- PFEIFFER-DAMON B. — "Annals of Surgery" — Vol. XCII — n.º 5 — November 1930.  
HARTWELL and HOGUET in NELSON (cirurgia) — Vol. V.  
HADEN R. L. and ORR T. G. — "J. Exper. Med". — XLV, 427 — 1927.  
IDEM — "Surg. Gynec. and Obstet." — Vol. XXXVII — 1923.  
IDEM — "J. Exper. Med." — 1923 — XXXVII — 365.  
IDEM — "J. Exper. Med." — 1923 — XXXVII — 377.  
IDEM — "J. Exper. Med." — 1923 — XXXVIII — 55.  
HADEN, ORR e JOHNSTON — "Sur. Gyn. and Obst." — Maio de 1931 — pg. 941.  
RATHERY, F. et RUDOLF, M. — "Bulletin et Memoires de la S. M. des Hospitaux de Paris," 26 — Juillet, 19 — 1928.  
ROCKWOOD and ANDERSON — "Surgery, Gynecology and Obstet." — Vol. XLVI — 1928.  
PAULINO FILHO, AUGUSTO. — *Patogenia dos fenomenos gerais, influencia da hipocloremia e valor das injeções hipertonicas de Na Cl nas oclusões gastro-intestinais* — 1930.  
MENDONÇA, J. — "Surgery, Gynecology and Obstetrics." Vol. LII — 1931.  
DRAGSTEDT, L. R. — DRAGSTEDT, C. A., MAC CLINTOCK, J. L. and CHASSE — "J. Exper. Med." — 1919 — XXX 10 (pg. 121).  
STONE, H. B. BERNHEIN, B. M. and WHIPPLE, — "G. N. Ann. Surg." — 1916. — LXIII — 720-728.  
HUGSON W. e SCARFF, J. R. — "J. HOPKINS Hosp. Bull." — 1929 — XXXV — 179.  
ROSS, J. W. — CANADIAN M. Ass. J., 1926 — XVI, 241.

# ARTHRITOL

## GRANULADO

SABOR AGRADAVEL

### COMPOSIÇÃO

Hexamethylenetetramina.  
Sulfato de Sodio secco.  
Benzoato de Lithina.  
Extracto de Quebra Pedra  
(toda a planta).

### INDICAÇÕES

Diathese arthritica.  
Rheumatismo chronico.  
Gotta.  
Lithiasis biliar e renal.  
Eczemas.  
Antiseptico das vias urinarias.

### POSOLOGIA

ADULTOS: 1 a 2 medidas em  $\frac{1}{2}$  copo d'agua trez vezes ao dia.  
CREANÇAS: meia a uma medida duas vezes ao dia.

---

# NEVRO-CYTO

Associação glycerinada de Bromureto  
de Potassio e Tintura de Valeriana.

Sedativo por excellencia do systema  
nervoso. Insomnias. Erectismo cardio-  
vascular.

POSOLOGIA: 1 a 2 colheres das de chá 2 vezes ao dia.

---

## PRODUCTOS "IPPE"

Rua Assembléa, 62-66 — S. PAULO — Telephone, 2-2739

## Insufficiencia aortica (\*)

Estudo estatístico da frequencia dos signaes centraes e periphericos da insufficiencia aortica, baseado em 28 casos observados

**Dr. Jairo Ramos**

Assistente da Faculdade de Medicina, serviço do Prof. Rubião Meira.  
Medico auxiliar do Instituto de Hygiene de S. Paulo.  
Medico adjunto da Santa Casa.

**Dr. Eduardo Etzel**

**Paulo Toledo**

doutorando em medicina

A presente comunicação tem como principal objectivo estudar a frequencia dos differentes signaes descriptos para a insufficiencia aortica, em 28 doentes que observamos com esse proposito inicial.

Da pesquisa que fizemos na literatura, resolvemos considerar uma série de signaes centraes (cardiacos) e periphericos (arteriaes) descriptos por varios autores para a insufficiencia aortica. Todos estes signaes foram pesquisados por occasião da entrada do paciente na enfermaria e sempre obedecendo-se a um mesmo criterio: Só considerar como presente um dado signal, quando todos ou a maioria dos que examinaram o paciente tivessem chegado a um accordo.

Como os autores dão importancia grande á causa etiologica da lesão, quando estudam a frequencia dos signaes periphericos, daremos em primeiro logar as causas etiologicas verificadas em nossos doentes e trataremos com mais cuidado no que se refere á etiologia luetica ou rheumatica da lesão.

Em seguida, no estudo isolado de cada um dos signaes centraes e periphericos, daremos a porcentagem de frequencia de accordo com a etiologia de lesão.

Etiologia: — O interrogatorio feito deu em resultado o seguinte quadro:

Lues . . . . .	14 casos
Rheumatismo . . . . .	13 "
Choréa. . . . .	0 "
Amygdalites repetidas. . . . .	1 caso

(\*) Comunicação á Associação Paulista de Medicina em 20-3-1932.



Pneumonia . . . . .	3 casos
Escarlatina . . . . .	1 caso
Grippe . . . . .	2 casos

Comparando a frequencia de lues, reumatismo e das duas causas quando associadas, teremos

Lues (*) . . . . .	9 casos
Rheumatismo . . . . .	8 "
Lues e reumatismo . . . . .	5 "

### SIGNAES CENTRAES:

Choque cupuliforme: — A pesquisa do choque cupuliforme era feita em diversas posições e só quando não encontrado, em nenhuma dessas posições, é que o consideravamos como ausente.

Encontrámo-lo em 18 casos ou seja em 64,28 %. Procurando estudar a frequencia do apparecimento do choque cupuliforme de accordo com a etiologia da lesão, obtivemos o seguinte resultado:

Lues . . . . .	5 casos (55,55 %)
Rheumatismo . . . . .	6 " (66,66 %)
Lues e reumatismo . . . . .	3 "
Causa ignorada . . . . .	4 "

b) *Fremito presystolico*: — Encontrámos em tres casos ou seja em 10,1 % dos casos observados.

Notaremos mais adiante a differença notavel entre a frequencia da percepção do fremito presystolico e do ruido de sopro á auscultura. O ruflar presystolico de Flint é muito mais perceptivel que o fremito o qual na maioria das vezes é tomado como systolico, devido á frequencia augmentada dos batimentos cardiacos.

c) *Percussão do coração e da aorta*: — Se estudarmos os diametros transversos maximos obtidos á direita e á esquerda da linha esternal, como o quadro abaixo nos mostra, veremos que em 23 casos, dos 26 em que realisámos a delimitação da area cardiaca, é possivel suspeitar-se da dilatação do ventriculo esquerdo. Dizemos apenas *suspeitar* porque sabemos da pouca valia da forma da area cardiaca obtida á percussão para se julgar qual a cavidade ventricular mais dilatada. Em 11, desses 23 casos citados, a percussão revelava apenas dilatação provavel do V.E. enquanto que nos restantes, havia ainda dilatação de todo o coração.

A percussão da aorta nos demonstrou dilatação em 20 casos dentre os 28 doentes observados. Para julgarmos da dilatação da aorta á percussão, tomavamos o diametro obtido por esse methodo propedeutico no 2.º espaço intercostal, considerando como augmentado quando ultrapassava 6 cms.

(\*) Todos os casos nos quaes diagnosticamos lues, faziamos baseados na anamnese e na R. de Wassermann no sangue ou no liquido cephalo-rachidiano.

Quadro demonstrativo dos resultados obtidos pela percussão:

DIAMETRO TRANSVERSO MAXIMO OBTIDO A DIREITA DA LINHA MEDIO-ESTERNAL . . . . .	3,0 cms. . . . .	3 casos
	3,5 cms. . . . .	1 caso
	4,0 cms. . . . .	3 casos
	4,5 cms. . . . .	2 "
	5,0 cms. . . . .	4 "
	5,5 cms. . . . .	3 "
	6,0 cms. . . . .	3 "
	7,0 cms. . . . .	2 "
	7,5 cms. . . . .	2 "
DIAMETRO TRANSVERSO MAXIMO A ESQUERDA DA LINHA MEDIO ESTERNAL . . . . .	8,0 cms. . . . .	1 caso
	8,5 cms. . . . .	2 casos
	11,0 cms. . . . .	1 caso
	11,5 cms. . . . .	2 casos
	12,0 cms. . . . .	2 "
	12,5 cms. . . . .	3 "
	13,0 cms. . . . .	2 "
	13,5 cms. . . . .	2 "
	14,0 cms. . . . .	6 "
	14,5 cms. . . . .	2 "
	15,0 cms. . . . .	5 "

d) Sopro diastolico: — Encontrámos o sopro diastolico que caracteriza a insufficiencia aortica em todos os casos observados, o que equivale a dizer em 100 % dos casos que apresentamos. Até hoje não nos foi dado observar um caso de insufficiencia aortica sem o sopro diastolico que o caracteriza.

Estudaremos este signal com minucias, procurando conhecer da séde de maior audibilidade, do caracter phonico e da irradiação.

1.º — Séde de maior audibilidade: — Para julgarmos da séde de maior audibilidade usavamos o esthetoscopio biauricular e biphocal de Bowles que facilita em muito a tarefa.

O seguinte quadro mostra como foi variavel a séde de maxima audibilidade do sopro em questão.

Fôco aortico classico . . . . .	4 casos
Fôco pulmonar classico . . . . .	1 caso
3.º intercosto direito junto ao bordo esternal. . . . .	2 casos
3.º intercosto esquerdo junto ao bordo esternal. . . . .	9 "
3.ª costella esquerda junto ao bordo esternal. . . . .	1 caso
4.ª costella esquerda junto ao bordo esternal. . . . .	4 casos
5.º intercosto esquerdo junto ao bordo esternal. . . . .	1 caso
Appendice xiphoide . . . . .	1 "

Procurando conhecer qual o motivo da grande variabilidade da séde de maior audibilidade, pesquisamos se havia alguma relação com o gráo de dilatação da aorta. Apesar de obtermos grande variabilidade de diametros para a aorta, á percussão, não pudemos observar qualquer relação entre estes dois factos.

Tambem a causa etiologica parece não ter influencia na séde de maior audibilidade do sopro diastolico.

2.º — Irradiação: — O quadro abaixo mostra como se irradiava o sopro diastolico nos diversos casos que observamos:

Para os vasos do pescoço . . . . .	3 casos
Para o appendice xiphoide . . . . .	16 "
Para a ponta do coração . . . . .	2 "
Para todo o thorax . . . . .	4 "
Sem irradiação . . . . .	3 "

### 3.º CARACTER

Rude . . . . .	20 casos
Doce . . . . .	7 "
Musical . . . . .	1 caso

e) Ruflar presystolico de Flint: — A existencia do ruflar presystolico de Flint foi verificada em 17 doentes ou seja em 60,71 % dos casos observados. No momento não nos interessa discutir a pathogenia de tal ruido. Queremos apenas salientar a difficuldade diagnostica entre um ruido de Flint e o sopro condicionado por uma estenose mitral organica. Não conhecemos caracteristico phonico que permita ao clinico fazer tal differenciação. Temos visto alguns casos de ruflar de Flint, com caracteristicos phonicos e palpatorios identicos aos do sopro presystolico da estenose mitral, e nos quaes a verificação necroscopica não revelou lesão dessa valvula.

Em presença de um ruflar presystolico no apex cardiaco, associado a um sopro diastolico na base do coração, o problema do diagnostico clinico é dos mais arduos de se resolver. Veremos essa questão com minucias quando commentarmos o diagnostico clinico de nossos casos.

Os 17 casos nos quaes observamos o ruflar de Flint podem ser subdivididos em dois grupos, a saber:

- 1.º sopro presystolico . . . . . 11 casos
- 2.º " " mais ruflar diastolico durando mais ou menos tempo na diastole . . . 6 casos

### SIGNAES PERIPHERICOS:

a) Pulsatilidade arterial: — Encontramos a pulsatilidade arterial augmentada em 22 casos ou seja em 18,57 % dos doentes observados. Subdividindo estes 22 pacientes de accordo com a etiologia da lesão, teremos:

Lues . . . . .	8 casos (88,88 %)
Rheumatismo . . . . .	5 " (55,55 %)
Lues e rheumatismo . . . . .	4 "
Causa ignorada . . . . .	5 "

Como vemos não observamos relação evidente entre a etiologia e a pulsatilidade arterial augmentada, mesmo exagerada. Esta nossa verificação está em contradição, em parte, com o que nos ensinam

os livros classicos de cardiologia quando dizem que as insufficiencias artica de causa arterial ou luetica são acompanhadas de manifestações mais exuberantes para o lado dos vasos que as de origem reumatismal ou endocardica.

b) Palpabilidade da aorta na furcula esternal: — Este signal era considerado por nós como positivo uma vez conseguissemos palpar a aorta na furcula esternal, não levando em consideração a maior facilidade com que o conseguíamos.

Encontramos em 26 casos ou seja em 92,85 % dos doentes observados. Subdividindo os casos de accordo com a causa etiologica da lesão, obteremos:

Lues . . . . .	9 casos (100,00 %)
Rheumatismo . . . . .	7 " ( 77,77 %)
Lues e rheumatismo . . . . .	5 "
Causa ignorada. . . . .	5 "

c) Pulsatilidade da aorta na furcula esternal: — Este signal é obtido pela inspecção da furcula esternal. Encontramos em 22 doentes ou seja em 78,57 % os quaes se subdividem de accordo com a etiologia de lesão, segundo o quadro abaixo:

Lues . . . . .	7 casos (77,77 %)
Rheumatismo . . . . .	6 " (66,66 %)
Lues e rheumatismo . . . . .	3 "
Causa ignorada. . . . .	4 "

d) Fremito nos vasos do pescoço e na aorta: — Verificamos esse signal em 14 casos ou seja em 50 % dos doentes observados, os quaes, subdivididos conforme a phase da revolução cardiaca em que observamos o fremito, nos mostram o seguinte:

Fremito systolico . . . . .	9 casos
Fremito systolico e diastolico . . . . .	5 casos

Se considerarmos os casos de accordo com a etiologia da lesão,

Lues . . . . .	5 casos (55,55 %)
Rheumatismo . . . . .	4 " (44,44 %)
Lues e rheumatismo . . . . .	5 "
Causa ignorada. . . . .	0

e) Pulso de Corrigan: — Tinhamos como criterio para considerar como presente o pulso de Corrigan, quando era encontrado usando-se a manobra de palpar o pulso no antebraço com a mão espalhada sobre a face anterior dessa região.

Encontramos em 27 casos ou seja em 96,43 % dos doentes observados. Deixamos de encontrar apenas em um caso no qual o pulso apresentava os caracteristicos do chamado "pulsus tardus". Tratava-se do doente referente á observação n.º 1557, no qual havia associado á insufficiencia aortica, uma estenose da mesma valvula (para maiores minucias vide a discussão sobre os diagnosticos clinicos).

f) signal de Musset: — Consiste este signal em movimentos rythmicos da cabeça, motivados pelas pulsações arteriaes augmentadas de intensidade. Verificámos este signal em 5 casos ou seja em 17,85 % dos doentes observados. Classificando-os de accordo com a causa etiologica da lesão orifical, teremos:

Lues . . . . .	0	
Rheumatismo . . . . .	1 caso	(11,11 %)
Lues e rheumatismo . . . . .	2 casos	
Causa ignorada. . . . .	2 „	

g) Pulso popliteo: — Pesquisávamos o pulso popliteo mandando o paciente cruzar as pernas na posição sentada e em seguida observávamos se havia ou não movimentos rythmicos do pé, em posição pendente, causados pela pulsação da arteria poplitêa.

Encontrámos esse signal em 12 casos ou seja em 42,86 % dos doentes observados. Subdividindo-os de accordo com a causa etiologica da lesão, teremos:

Lues . . . . .	3 casos	(33,33 %)
Rheumatismo . . . . .	3 „	(33,33 %)
Lues e rheumatismo . . . . .	3 „	
Causa ignorada. . . . .	3 „	

b) Pulso capillar de Quincke: — Pesquisávamos o pulso capillar de Quincke tanto da unha dos dedos como do labio inferior comprimido por uma lamina de vidro. Encontrámo-lo na unha em 5 casos, e nos labios, nestes mesmos 5 pacientes e em mais 3 que não apresentavam o pulso capillar nas unhas. Classificando-os segundo a causa etiologica da lesão, teremos:

Lues . . . . .	2 casos	(22,22 %)
Rheumatismo . . . . .	2 „	(22,22 %)
Lues e rheumatismo . . . . .	4 „	

i) Pulso da uvula e amygdalo carotidiano: — Encontramos em 5 casos ou seja em 17,85 % dos doentes observados. Classificando-os de accordo com a causa etiologica da lesão teremos:

Lues . . . . .	1 caso	(11,11 %)
Rheumatismo . . . . .	2 casos	(22,22 %)
Lues e rheumatismo . . . . .	2 „	

j) Pulso da lingua: — Só encontramos em 2 casos ou seja em 7,14 % dos doentes observados.

k) Signal de Landolfi: — Consiste este signal em movimentos rythmicos das pupillas, de contração e de dilatação, relacionados ás contrações cardiacas. Não encontramos em nenhum dos nossos observados.

l) Duplo sopro de Alvarenga: — Resolvemos muito de proposito não citar o nome de Durosiez, que alguns consideram como creador do signal e outros como co-autor. Quem estuda a questão com cuidado verá que foi Costa Alvarenga quem primeiro descreveu o signal, estudando-o sob todos os aspectos.

Encontramos este signal em 23 casos ou seja em 82,14 % dos doentes observados. Classificando-os de accordo com a causa etiologica da lesão, teremos:

Lues . . . . .	8 casos (88,88 %)
Rheumatismo . . . . .	6 " (66,66 %)
Lues e rheumatismo . . . . .	3 " "
Causa ignorada. . . . .	6 " "

Como vemos é um bom signal de insufficiencia aortica. Entretanto, não devemos consideral-o como pathognomonic para insufficiencia aortica, mesmo quando existe um sopro diastolico na base do coração, que poderia ser causado por uma incompetencia das sigmoides aorticas. Já observamos um caso no qual havia signaes evidentes de uma estenose da mitral e, juntamente, um sopro diastolico de base que tanto poderia ser causado por uma insufficiencia aortica, como por uma insufficiencia da pulmonar condicionada a um augmento da tensão intrapulmonar (sopro de Graham Steel). A existencia do duplo sopro de Alvarenga nos levou ao diagnostico de insufficiencia aortica associada á estenose da mitral. A verificação necroscopica demonstrou a existencia de uma estenose da mitral e dilatação evidente da arteria pulmonar, sem lesão das sigmoides. Nada de anormal foi encontrado para o lado da aorta, assim como das sigmoides respectivas.

m) Duplo tom de Traube: — Encontramos este signal em 4 casos ou seja em 14,28 % dos doentes observados. Classificando-os de accordo com a causa etiologica da lesão, teremos:

Lues . . . . .	1 caso (11,11 %)
Rheumatismo . . . . .	0
Lues e rheumatismo . . . . .	3 casos

Nos doentes em que observamos o duplo tom de Traube conseguimos obter traçados arteriaes e venosos em dois delles (observs. 1550 e 1559). Estes traçados evidenciavam uma provavel origem venosa do ruido ajuntado, que seria então presystolico. Os traçados realisados de maneira a registrar apenas a pulsação arterial não evidenciavam a onda presystolica, que apparecia, entretanto, uma vez registrassemos também a pulsação venosa.

Pela observação clinica podiamos dizer seguramente ser o ruido ajuntado presystolico em tres doentes observados.

No 1.º caso (observ. 1550), a auscultação só revelava o ruido presystolico uma vez que o esthetoscopio fosse collocado levemente; a menor pressão fazia desaparecer tal ruido.

No 2.º caso (observ. 1559), o duplo tom era tão evidente que se percebia mesmo á inspecção e á palpação. Neste caso, a expiração forçada augmentava a intensidade do ruido.

No 3.º doente (observ. 1554) não nos foi possivel obter o traçado. Entretanto, pela auscultação, era muito nitido o duplo tom. Havia augmento evidente da intensidade do ruido presystolico na ex-

piração forçada e sua audibilidade era favorecida pela estase venosa —quanto maior a estase venosa, tanto mais nitido era o ruído, e, quanto menor a estase, tanto menos nitido, chegando mesmo a desaparecer por completo, quando esta desaparecia.

No 4.º caso (observ. 1560), o ruído presystolico era nitidamente mais fraco que o systolico (arterial) que se apresentava com grande intensidade. A vibração que causava o ruído presystolico era ainda percebida pela palpação e pela inspecção.

n) Pistol shot: — Consiste este signal na audibilidade de um ruído arterial systolico de grande intensidade na arteria pediosa.

Encontramol-o em 9 casos, ou seja em 32,14 % dos doentes observados. Considerando a causa etiologica poderemos classificarlos da seguinte maneira:

Lues . . . . .	2 casos (22,22 %)
Rheumatismo . . . . .	3 casos (33,33 %)
Lues e rheumatismo . . . . .	2 „
Causa ignorada. . . . .	2 „

o) Pressão arterial: — A pressão arterial foi medida em 27 doentes, dentre os 28 que observamos. Obtivemos cifras para a P. Syst e para a P. Diast que vêm registradas no quadro abaixo :

CIFRAS OBTIDAS PARA A P. SYST . . . . .	{	115 mm.s de Hg. . . . .	1 caso
		120 mms. de Hg. . . . .	4 casos
		125 mm.s de Hg. . . . .	3 „
		130 mm.s de Hg. . . . .	5 „
		135 mms. de Hg. . . . .	2 „
		140 mms. de Hg. . . . .	4 „
		150 mms. de Hg. . . . .	2 „
		160 mms. de Hg. . . . .	2 „
		170 mms. de Hg. . . . .	1 caso
		180 mms. de Hg. . . . .	3 casos
CIFRAS OBTIDAS PARA A P. DIAST . . . . .	{	200 mms. de Hg. . . . .	1 caso
		30 mms. de Hg. . . . .	2 casos
		35 mms. de Hg. . . . .	4 „
		40 mms. de Hg. . . . .	3 „
		45 mms. de Hg. . . . .	2 „
		50 mms. de Hg. . . . .	5 „
		60 mms. de Hg. . . . .	5 „
		70 mms. de Hg. . . . .	3 „
		75 mms. de Hg. . . . .	1 caso
		80 mms. de Hg. . . . .	1 „
	{	105 mm.s de Hg. . . . .	1 „
		120 mms. de Hg. . . . .	1 „

Em geral, as cifras mais altas para a pressão systolica foram obtidas nos portadores de lesão aortica de origem luetica. Entretanto, não se deve concluir que, em todos os casos de lesão luetica, a pressão systolica seja sempre alta, pois em um delles observamos 115 mms. de Hg, cifra a mais baixa verificada na série dos nossos doentes.



Para a pressão diastolica, as cifras mais baixas foram obtidas para os portadores de lesão aortica de origem reumatismal. Devemos, entretanto, assinalar, que tambem nos casos de lesão luetica foram observadas cifras baixas para a pressão diastolica.

A pressão differencial maior que obtivemos foi de 150 mms. de Hg e a maior de 25, obtendo-se como média 80 mms. de Hg. Se bem que a pressão differencial maior fosse observada em um poente portador de lesão reumatismal, de um modo geral poderemos dizer que as cifras mais altas foram obtidas nos portadores de lesões lueticas. O quadro abaixo nos mostra as cifras para a pressão differencial, obtidas em nossos doentes:

CIFRAS OBTIDAS PARA A PRESSÃO DIFFERENCIAL	25 mms. de Hg. . . . .	1 caso
	50 mms. de Hg. . . . .	1 "
	60 mms. de Hg. . . . .	3 casos
	80 mms. de Hg. . . . .	8 "
	85 mms. de Hg. . . . .	2 "
	90 mms. de Hg. . . . .	1 caso
	95 mms. de Hg. . . . .	3 casos
	100 mms. de Hg. . . . .	4 "
	105 mms. de Hg. . . . .	1 caso
	115 mms. de Hg. . . . .	1 "
	130 mms. de Hg. . . . .	1 "
	140 mms. de Hg. . . . .	1 "

Procurando estabelecer relação entre a pressão arterial e a frequência dos signaes periphericos, chegamos aos seguintes resultados:

— Quanto mais alta fôr a P. Syst tanto mais frequentes serão os signaes periphericos de insufficiencia aortica.

— Quanto mais baixa fôr a P. Diast tanto mais numerosos serão os signaes periphericos observados.

— Quanto maior a P. Diff relativa, — obtida da relação P. Diff-P. Syst, — tanto maior a porcentagem de signaes periphericos.

Devemos, entretanto, salientar, que essas condições não devem ser tomadas de uma maneira absoluta.

.. r) Electrocardiogramma: — Nos 28 doentes observados foi possível realisar traçados electrocardiographicos, tendo-se obtido alguns graphicos interessantes.

Em 11 casos encontramos o eixo electrico desviado para a esquerda, para cima da linha zero, indicando nitida preponderancia do ventriculo esquerdo. Nos casos restantes (17) não encontramos desvios do eixo electrico que nos permittisse affirmar a existencia de preponderancia de um ou de outro ventriculo.

Em 17 casos foram observadas modificações do complexo QRS (duração augmentada, potencial reduzido, ou enormemente augmentado, incisuras, etc.) que revelam alterações myocardicas. Em um traçado as alterações eram tão evidentes que permittiam o diagnostico de lesão do ramo direito do feixe de His. Em outros casos encontramos alargamento de QRS com T opposto indicando uma tendencia para lesão de um dos ramos do feixe auriculo ventricular.

Essas alterações, que revelam modificações myocárdicas, appareciam na mesma porcentagem, tanto nos casos em que a causa etiologica era a lues, como naquelles em que o rheumatismo era o responsavel pelas lesões encontradas.

O exame electrocardiographico, dentre as innumeradas vantagens que offerece ao diagnostico, em todo o portador de molestia caríaca, tem uma significação toda especial no caso da insufficiencia aortica, quando se nos apresentam casos suspeitos de lesões aorticcas e mitraes associadas (insufficiencia aortica e estenose da mitral).

Estão nestes casos, os electrocardiogrammas das observações 1561 e 1562 nas quaes, ao par de uma dilatação cardíaca accentuada, com signaes centraes e periphericos de insufficiencia aortica, alliados a signaes que fazem suspeitar estenose da mitral, encontravamos um electrocardiogramma com eixo electrico normal ou proximo de 90°. A falta de preponderancia esquerda, apesar do coração enormemente dilatado (particularmente da observação n.º 1561) é um dado de grande valia para o diagnostico de estenose da mitral associada a insufficiencia aortica.

O traçado da observação n.º 1517 apresenta uma onde Q muito em Diii, que alguns autores (Levine, por exemplo) consideram como signal de enfarto do myocardio. Tal hypothese não é de todo sem razão por quanto o paciente conta em sua historia accessos de dôr precordial de grande intensidade.

s) Diagnostico clinico: — Nos casos que observamos, foram feitos os diagnosticos clinicos que constam do quadro abaixo:

Insufficiencia aortica . . . . .	28 casos
Aortite thoracica . . . . .	10 "
Aortite abdominal . . . . .	2 "
Estenose aortica . . . . .	2 "
Estenose mitral . . . . .	2 "
Myocardite . . . . .	17 "
Endocardite sub-aguda (estreptococcus viridans) . . . . .	2 "
Hypertonia . . . . .	1 caso
Derrame mediastinal . . . . .	1 "
Enfarto do myocardio (?) . . . . .	1 "
Grippe . . . . .	1 "
Tuberculose pulmonar . . . . .	1 "

Entretanto alguns dos diagnosticos clinicos offereceram difficuldades para serem firmados pelo que resolvemos considerar cada um destes casos isoladamente.

Observação n. 1517: — Além da lesão aortica irrefutavel, com seu quadro evidente, duas outras supposições poderiam ser formuladas. A primeira, seria a de um enfarto do myocardio consequente a alterações coronarias. A favor de tal hypothese teriamos a historia clinica do paciente que refere accessos dolorosos de grande intensidade, de séde precordial, alliada a alterações do electrocardiogramma, revelado por uma ondulação Q muito evidente em Diii e falta de isoelectricidade da linha S-T em Di e Dii.

A segunda hypothese seria a de uma endocardite bacteriana sub-aguda por *Streptococcus viridans* que nos explicaria as petechas cutaneas e o augmento do baço.

Observações n.º 1557 e 1558: — Nesses dois casos parece provavel a existencia de uma dupla lesão aortica (insufficiencia mais estenose) pois encontramos pelo exame dos pacientes o seguinte:

1.º: sopro systolico rude e intenso com irradiação para os vasos do pescoço;

2.º: fremito systolico no foco aortico e nos vasos do pescoço;

3.º: "pulsus tardus" na observação n.º 1557, verificado no traçado graphico caracteristico. Não encontramos o "pulsus tardus" na observação 1558 que apresentava os caracteristicos graphicos e palpatorios do "pulsus celer".

Assim sendo, não resta duvida que a observação 1557 é de uma estenose associada a insufficiencia aortica dada a presença da triade symptomatica (sopro systolico, fremito e pulsus tardus); emquanto que a observação 1558 talvez apresente a mesma associação, predominando, entretanto, a insufficiencia.

Observações 1528, 1556 e 1562: — Nestes tres casos a associação de lesões orovalvulares é das mais difficeis de ser solucionada clinicamente, taes as difficuldades que se nos apresentam. Trata-se da associação da insufficiencia aortica á estenose mitral. Quando estamos em presença de um paciente apresentando signaes clinicos de insufficiencia das signoides aorticas e de estenose da mitral, 3 hypotheses poderemos formular:

a) — Trata-se de uma insufficiencia aortica com ruflar de Flint, isto é, signaes de estenose da mitral sem lesão valvular?

b) — Trata-se de uma insufficiencia aortica associada a uma lesão organica da mitral trazendo em consequencia uma estenose do orificio atrio ventricular?

c) — Trata-se de uma estenose da mitral associada a insufficiencia das sigmoides pulmonares, resultado da grande hypertensão no territorio da circulação pulmonar?

Para resolver as duas primeiras hypotheses, não poderemos lançar mão dos caracteristicos phonicos do sopro diastolico apexiano (protodiastolico ou presystolico). Não conhecemos caracteristico clinico algum que permita ao medico dizer se os signaes acusticos verificados no foco mitral são causados por uma estenose organica ou funcional (sopro de Flint). Já vimos dois casos de insufficiencia aortica que apresentavam signaes apexianos de estenose da mitral (ruflar diastolico com reforço presystolico aliado a um fremito diastolico evidente) nos quaes a verificação necroscopica não demonstrou a existencia de lesão na valvula bicuspidé.

Dessa maneira somos forçados a lançar mão de outros recursos propedeuticos. Temos primeiro os R. X. que podem revelar augmento do arco auricular no contorno esquerdo cardiaco. Tambem este

methodo pode dar lugar a interpretações erroneas, dada a pouca valia da forma da silhueta cardiaca, aos R. X., para nos dizer da cavidade dilatada ou hypertrophiada.

Resta-nos o electrocardiogramma que além de fornecer signaes de estenose da mitral (augmento da onda p em Dii), ainda poderá nos indicar qual o ventriculo mais hypertrophiado. Para o caso que vimos considerando basta que o electrocardiogramma deixe de revelar uma hypertrophia ventricular esquerda, estando o coração augmentado de volume, para se poder concluir pela possibilidade de uma associação de lesões orovalvulares: — insufficiencia aortica e estenose mitral.

Estão nestas condições as observações em apreço onde, ao lado de augmento evidente da area cardiaca, encontramos um electrocardiogrammo sem preponderancia esquerda, alliado a um quadro clinico evidente de insufficiencia aortica associada a manifestações esthetacusticas de estenose da mitral.

A terceira hypothese formulada seria cabivel quando houvesse manifestações radiologicas evidentes de augmento do arco médio e o electrocardiogramma apresentasse preponderancia direita com alterações evidentes da onda p (augmento de potencial), não existindo, pelo exame clinico, os signaes periphericos de insufficiencia aortica.

A este respeito diremos que já nos foi dado observar um caso no qual, além do sopro diastolico da base, existia o duplo sopro de Alvarenga, o que nos levou ao diagnostico de insufficiencia aortica associada a estenose mitral.

O exame anatomico nada revelou de anormal para o lado das sigmoides aorticas, havendo dilatação evidente do orificio da arteria pulmonar. Tratava-se de uma estenose mitral associada a insufficiencia relativa da pulmonar (sopro de Graham-Steell).

Rua Barão de Itapetininga, 18.

**INSTITUTO DE RADIOLOGIA  
DO**

**Dr. Carlos Fernandes**

Ex-livre docente por concurso da Faculdade  
de Medicina do Rio de Janeiro

**EXAMES E TRATAMENTO  
PELOS RAIOS X**

Rua São Bento, 32-1.º andar

Phone: 2-3515

**LABORATORIO ESPECIALIZADO  
DE ANALYSES**

para **Líquido cephalo-rachidiano**

Puncções atlóido-occipitales. Lípidol  
radiológico ascendente e descendente.  
Injecções de ar para ventriculogra-  
phia. Injecções medicamentosas  
intra-rachidianas.

**Dr. Oswaldo Lange**

RUA SENADOR FEIJÓ N.º 27

Salas, 88-89 e 89-A

Phone, 2-1331

**SÃO PAULO**

## Nova technica proposta para a execução das enterostomias em geral

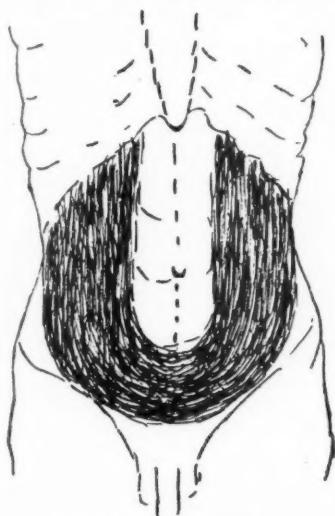
Resumo do trabalho de Theodoresco publicado nos "Archives de maladies de l'appareil digestif.")

**Dr. Sebastião Hermeto Junior**

Assistente do Serviço Cirurgico do prof. Alves de Lima

A enterostomia, operação que tem como finalidade abrir nova via ao curso das materias intestinaes, foi executada em diversas regiões do abdomen, (anus caecal de *Pilloro*, anus lombar de *Calissen Amussat*, anus symphysiario de *Roux*, ileoproctia iliaca, coloproctia iliaca, ileostomia a *TERRIER*, etc.), porem, em todas estas technicas, sempre se procede a sutura da parede intestinal á pelle.

Estas fistulas estercoraes cirurgicas raramente se curam espontaneamente, o que geralmente não é de regra nos casos de fistulas sobrevindo no decurso post-operatorio de laparatomias (p. ex. as



I — A zona abdominal mais descolavel.



II — Exteriorisação do musculo transverso com a serosa.

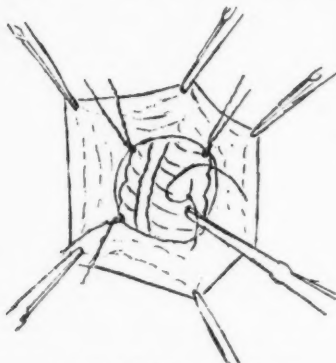
que sobrevêm nos casos de laparatomisados por perfuração intestinal typhoidica).

Dahi a necessidade de uma intervenção posterior para se fecharem estas enterostomias, quer por via extra peritoneal, ou então, como se faz mais communmente, por intra-peritoneal, cuja technica foi bem regrada por PAUCHET.

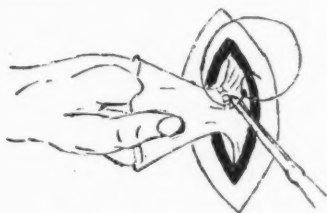
THEODORESCO, de Bucarest, imaginou uma technica, muito engenhosa, com o fim de executar a enterostomia, prescindindo uma intervenção ulterior.

O processo de THEODORESCO é calcado na seguinte base anatomica : na região abdominal existe uma larga zona em que o musculo transverso é facilmente descolavel dos musculos grande e pequeno obliquo, e que se encontra para fóra do musculo recto anterior do abdomen e abaixo da

união do 1/3 medio com o 1/3 inferior daquelle musculo, assumindo, portanto, a forma de um grande crescente, de concavidade superior, abraçando o recto anterior.



III — Fixação da alça ao orifício profundo do manguito séro-muscular por quatro pontos de segurança.



IV — Sutura do manguito á séro-muscular da alça.

Passamos a descrever os diversos tempos operatorios da technica de THEODORESCO, tomando a fossa iliaca esquerda, por exemplo, como a região onde vamos executar a enterostomia :

1.º — Incisão da pelle, cellular sub-cutaneo e aponevrose de envolvimento do grande obliquo.

2.º — Incisão, ou preferivelmente, dissociação dos musculos grande e pequeno obliquo, chegando-se sobre o transverso.

3.º — Dissociação (por meio de tesoura curva) do transverso, do musculo pequeno obliquo, numa extensão tal que levantando com uma pinça o transverso dê a impressão de um sacco herniario ou dedo de luva (vide eschemas).

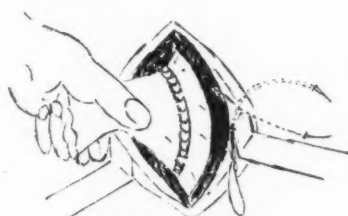
4.º — Abertura deste "dedo de luva" (são, pois, incisados o transverso, o fascia transversalis e o peritoneo).

5.º — Fixação da alça, p. ex. a sigmoide, no orifício profundo do manguito sero-muscular (transverso, fascia transversalis e peritoneo) por quatro pontos de segurança (Vide eschemas).

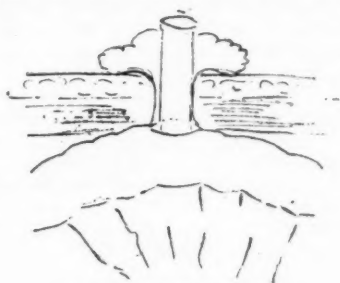
6.º — Sutura do manguito á sero-muscular da alça, em toda a extensão da base do mesmo.

7.º — Executa-se após um ponto em 8 (fio de linho de preferencia) sobre os musculos grande e pequeno obliquo conforme mostra o esquema, e cerra-se de leve o nó sobre uma gaze.

8.º — Si a incisão cutanea fôr um pouco grande, procede-se á sutura das extremidades; si não, suturam-se os bordos da superficie livre do manguito sero-muscular á pelle. Neste ponto é que está a differença do processo de THEODORESCO com os classicamente usados, pois, nestes ultimos sempre se sutura a pelle á parede intestinal, enquanto que naquelle se trata de formar um "verdadeiro canal peritoneal" (THEODORESCO), na base do qual a alça é fixa, e perfeitamente isolada da cavidade peritoneal, por aquella sutura do manguito á sero-muscular do intestino. Apesar desta differença nitida de todas as outras technicas, o methodo de THEODORESCO não deixa de estar no conceito das enterostomias que, desde PETIT, se considera "como união do intestino á parede, no intuito de crear uma via de derivação das materias fecaes".



V — Maneira de executar-se o ponto em 8.



VI — Operação terminada.

(Todos os esquemas foram retirados do trabalho de Theodoresco).

Na technica de THEODORESCO, a alça não deixa de estar fixa á parede — somente esta fixação faz-se no plano profundo (musculo transverso, fascia transversalis e peritoneo), e tem a mesma finalidade.

9.º — Incisão da alça intestinal, colocando um tubo de borracha (dreno) no orificio de abertura, e fixando-se este tubo por gaze em torno. Está pois terminada a enterostomia.

Uma vez desaparecidos os symptomas que determinaram a indicação da enterostomia (ileus paralyticus) ou, emfim, querendo o cirurgião fechar a fistula estercoral cirurgica, procederá da seguinte forma :

Retirárá o tubo que está sobre o orificio intestinal, colocando sobre o mesmo um tampão de gaze envolvido em ether iodoformado ; cerram-se, em seguida, progressivamente os fios da sutura em 8 (muscular), que estão sobre uma gaze, o que vae determinar a appproximação progressiva dos obliquos.



THEODORESCO relata que em todos os casos operados por esta technica (não refere o numero) conseguiu fechar a fistula sem intervenção ulterior.

Uma unica objecção ou, melhor, inconveniencia apresenta o processo de THEODORESCO, qual seja o da fixação da alça á parede abdominal: si a enterostomia foi feita sobre o sigmoide a zona fixada, comparativamente com o diametro desta porção do intestino — é relativamente pequena.

A experiencia, no emtanto, é que irá esclarecer, melhor do que a theoria, este ponto da technica.

Praça da Sé, 54.

#### REFERENCIAS

CHALOT (V.) e CESTAU (Et) — *Traité élémentaire de chirurgie et technique opératoires*. — Paris. — Doin. — 1906. pg. 887.

GUIBÉ (M.) e QUÉNU (J.) — *Chirurgie de l'abdomen* (Par les Prosecteurs). — Paris, Masson, 1930, pg. 237.

LAURENT (O.) — *Anatomia clinica — Terapia chirurgica e tecnica operatoria*. — Milano, 1923, Parte II, pg. 891.

LEJARS (F.) — *Traité de chirurgie d'urgence*. — Paris, Masson, 1921. — Tomo I, pg. 456.

THEODORESCO (M.) — *Contribution a l'etude de traitement chirurgical de l'ileus dynamique*. — Arch. d. mal. de l'app. digest.. — Tomo XIX. — 1929, pg. 816 a 824.

TESTUT (L.) e JACOB (O.) — *Traité d'anatomie topographique*. — Paris. Doin. 1922. Tomo II, pg. 27.

DRAGEAS **OLEO de FIGADO de BACALHAU** GRANULADOS  
SOLIDIFICADO e SAES de CALCIO

# OLEOCAL

RACHITISMO  
DESMINERALISAÇÃO  
ESCROFULOSE



PERTURBAÇÕES DE  
CRESCENÇA (CRESCIMENTO)  
AVITAMINOSES

Laboratório dos Produtos SCIENTIA 21, rue Chaplal, Paris, 9<sup>a</sup>

#### LABORATORIO DE ANALYSES

RUA JOSÉ BONIFÁCIO N. 11-A — TELEPHONE 2-0425  
DE 8 A'S 18 HORAS

**DR. LUIZ MIGLIANO** — Exames completos de URINA, SANGUE, FÉZEL, ESCARROS, PU'S etc. — Auto-vaccinas — Sôro - Reacções.

Residência :- TELEPHONE N. 4-9341 **SÃO PAULO**

## Resistencia ohmica

**Dr. Carlos Fernandes**

Radiologista da Beneficência Portuguesa e da Casa  
de Saude Santa Rita

Não ha muito um collega que trabalha em electricidade medica estava em embaraço para explicar o que se passava com uma resistencia ohmica que adaptára a um dos seusapparelhos.

Como a resistencia aquecesse demais no regimen em que trabalhava, e não querendo elle modificall-a, lembrou-se de subdividir a corrente na resistencia, creando duas derivações, conforme o eschema junto:



Fig. 1

Deslocando o cursor C para um ou outro lado a corrente não augmentava nem diminuia de modo regular.

Assim, e elle fôra bom observador, na parte média da resistencia, as modificações de intensidade no apparelho em serviço eram muito suaves, muito lentas em seu crescer e decrescer

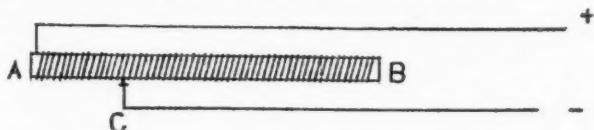


Fig. 2

A' proporção porém que o cursor se approximava de uma ou outra extremidade A ou B, a corrente subia cada vez mais rapidamente.

Ora, não é o que se observa nas resistencias ohmicas em que o cursor á proporção que introduz ou retira do circuito umas tantas voltas do fio, a corrente augmenta ou diminue sempre proporcionalmente ao numero dellas.

No seu caso, embora fossem todos os elementos helicoidaes da resistencia perfeitamente eguaes, os do centro como que offereciam menor resistencia que os das extremidades.

Como o problema é interessante para os medicos que lidam com aparelhos electricos é que o apresento aqui.

A solução é simples e facil a explicação.

Nas resistencias ohmicas de cursor, segundo o eschema 2.º, emprego usual, as resistencias entram em série no circuito e seus valores crescem ou decrescem segundo uma funcção algebraica do 1.º grau, cuja curva analytica é representada por uma recta:

$$V = f(x)$$

Na ligação original feita pelo collega, o valor da resistencia total em circuito obedece a uma funcção tambem algebraica porém do 2.º grau cuja curva representativa é de fôrma parabolica.

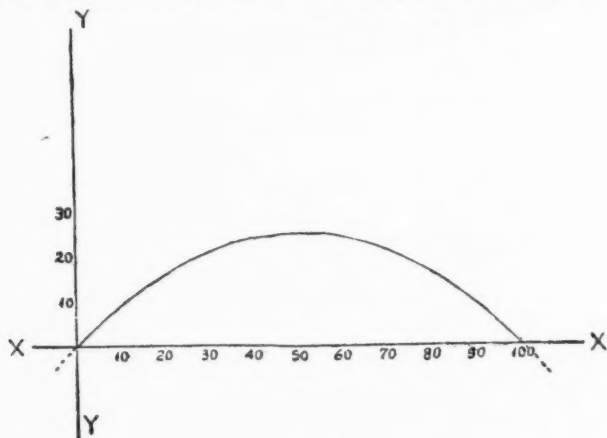


Fig. 3

De facto, seja o valor ohmico total de A a B igual a  $V$ , valor constante. Colloque-se o cursor em qualquer ponto intermediario e chamemos  $x$  ao segmento da resistencia que vae do cursor ao ponto inicial A.

O segmento de C a B será igual a  $V - x$ .

Teremos pois dois circuitos derivados, um de resistencia  $x$ , outro de resistencia  $(V-x)$ .

As leis de Kirchhoff dão para esses circuitos derivados, como valor resultante para a resistencia total intercalada no circuito,

$$R = \frac{x(V-x)}{x + (V-x)} = \frac{Vx - x^2}{V} = x - \frac{x^2}{V} \quad (1)$$

A formula (1) é uma equação do 2.º grau cuja representação analytica é uma parabola que tem uma parte positiva, acima do

eixos dos X, representativa das condições do problema, outra negativa, abaixo dos X, fóra dos dados concretos.

Essa curva tem um maximo que representa a maxima da resistencia.

De facto, differenciando-se a função (1), temos:

$$R = x - \frac{x^2}{V} \quad (1)$$

$$\frac{dR}{dx} = 1 - \frac{2x}{V} \quad (2)$$

egualando-se a derivada 1.º a 0

$$1 - \frac{2x}{V} = 0$$

teremos:

$$1 = \frac{2x}{V}; V = 2x; x = \frac{V}{2}$$

Quando

$$x = \frac{V}{2}$$

haverá um ponto critico na curva e esse ponto corresponde a um maximo, o que se pôde verificar facilmente substituindo-se na derivada  $x$  por dois valores abaixo e acima do valor critico, isto é, por exemplo, por:

$$x = \frac{V}{3}; x = V$$

o valor da derivada passa de negativo a positivo.

Portanto, no ponto  $x = \frac{V}{2}$  temos um maximo representativo da resistencia maxima que se poderá obter.

Substituindo esse valor achado na equação (1), teremos

$$R = \frac{V}{2} - \frac{V}{4} = \frac{V}{4}$$

O que mostra que o maximo da resistencia será dado pela posição do cursor a meia distancia entre A e B e que nessa posição o valor da resistencia é igual a um quarto do valor de resistencia total V.

Assim, se a resistencia ohmica AB fôr de 100 ohms, na ligação em estudo, com o cursor a meio, ella valerá apenas:

$$\frac{V}{4} = \frac{100}{4} = 25 \text{ ohms.}$$

A' proporção porém em que o cursor se fôr aproximando de um ou outro extremo, a resistencia irá baixando segundo uma curva parabolica, representada pelo graphico da fig. n.º 3.

Sendo por exemplo a resistencia total entre A e B igual a 100 ohms, esse graphico mostra as variações da resistencia total em função da posição do cursor.

Por ella se vê que, para as posições centraes do cursor, entre 50 e 30 a resistencia total cae apenas de 25 a 21 ohms, isto é, queda de 4 ohms; entre 30 e 10, mesmo percurso, a queda vae de 21 a 9, ou sejam 12 ohms isto é, 3 vezes mais rapida. De 10 a 0, elle cae 9 ohms ou seja cerca de 1,5 vezes a queda de 10 a 30 e 4,5 vezes a de 50 a 30.

Essa resistencia, num circuito de 120 v. deixará passar uma corrente entre os limites maximos de 120 Amp. e minimo de 4,8 Amp.

O eschema da fig. 4 mostra bem como são diversas as distancias a percorrer pelo cursor para obter variações iguaes de resistencia quando collocado no extremo ou no centro da resistencia.

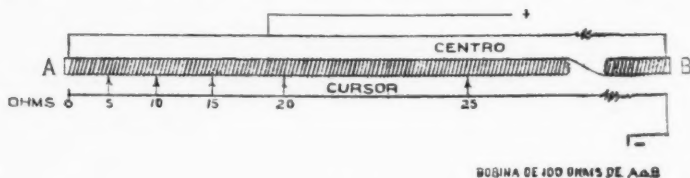


Fig. 4

O collega observára bem. O deslocamento do cursor na parte central modificava a resistencia total do circuito muito gradualmente; á proporção que se approximava dos extremos, as modificações eram cada vez mais bruscas. embora fosse perfeitamente symetrica a construção da bobina de resistncia.

Se a entrada de corrente (ou a sahida) se fizesse por um só extremo da bobina, a curva seria rectilinea; a cada intervallo equal, corresponderia augmento equal no valor da resistencia.

A ligação original, feita pelo medico, creou condições inteiramente diversas.

Haverá vantagem no systema? De ordem pratica, talvez. Sem desmontar ou transformar a resistencia, consegue-se com a mesma uma extensão em que cada volta fica como que reduzida em sua resistencia, o que permite tornar mais suaves os accrescimos da resistencia, assim como exonera um pouco o fio da corrente que o atravessaria na ligação commum por subdividir-se em dois o circuito primitivo.

Rua S. Bento, 32.

Vindo a São Paulo,

visite a  
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

PREDIO MARTINELLI

## REUNIÕES SCIENTIFICAS

## Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 16 DE MAIO

**Tratamento dos syndromos post-encephalíticos pelas injeções rachideanas de electrargol.**

-Nota previa - PROF. E. VAMPRE e DR. ADHERBAL TOLOSA — Os autores communicam á Sociedade os trabalhos que estão realizando no Serviço de Neurologia da Faculdade de Medicina, praticando injeções sub-arachnoidéas de electrargol nas doses de um a dois cents. cubicos, isotonizadas. Como já algum resultado tem sido obtido resolveram trazer o facto ao conhecimento da Sociedade, reservando-se, para mais tarde, caso cheguem a resultados concludentes, trazer um estudo pormenorizado e documentado do assumpto.

**Espasmo mortal da glotte -**

DR. AVELINO CHAVES — O A. apresenta uma interessante comunicação sobre um caso impressionante de espasmo mortal da glotte, no adulto, que tivera occasião de observar, descrevendo a molestia e indicando os meios therapeuticos de combate ao mal.

**Aneurisma da tibial posterior.**

**Operação e cura.** - DRS. ANTONIO EUGENIO LONGO e ANTONIO CAIO DO AMARAL.

**Do valor da insulina no tratamento das metrorrhagias de causa ovariana e em particular da metropathia hemorrhagica.** Com 9 observações. - DR. GERALDO VICENTE DE AZEVEDO. — Só se deve firmar o diagnostico de metropathia hemorrhagica quando o exame histologico da mucosa uterina obtida por curetagem demonstrar hyperplasia glandular. Só existe uma hyperplasia glandular do endometrio, diferenciavel da hypertrophia funcional e da mucosa menstrual normalmente constituida e não eliminada. A insulina é medicação efficaz na metropathia hemorrhagica e de modo geral nas meno e metrorrhagias devidas a disturbios endocricos do ovario, agindo mesmo em casos onde falharam todos os outros tratamentos medicamentosos. Em todos os 9 casos tratados, alguns dos quaes notavelmente graves, o tratamento in-

**SATIVAN**

Abortivo e curativo da grippe.

Base: allium sativum. Cxs. de 3 amps.

INSTITUTO THERAPEUTICO "ORLANDO RANGEL"

sulinico foi coroado de exito. Elle é tambem indicado nas menorragias que se apresentam no decurso das inflammções annexiaes agudas ou chronicas. O A. menciona algumas observações desta natureza. O tra-

tamento deve obedecer á technica da insulinothérapie nas pessoas não diabeticas.

A acção da insulina se exerce sobre o ovario, conforme demonstram varios factos clinicos e experimentaes.

#### SESSÃO DE 1.º DE JUNHO

**Transplantação pelo methodo italiano de retalhos epidermizados em suas duas faces. Apresentação do paciente curado por este processo** — DR. J. REBELLO NETTO —

O A. tira as seguintes conclusões:

1) E' relatada com minucia uma genioplastia, coroada de successo. 2) A etiologia da perda da substancia reparada foi a osteo-myelite mandibular de origem traumatica. 3) Apresenta como postulado basico que a correcção dos defeitos faciaes deve ser feita com tecidos retirados de uma zona onde a cicatriz permaneça occulta, excepcionalmente da face. 4) E' de vantagem que, no realizar a reparação genioplastica, o retalho transplantado já esteja epidermizado dos dois lados. 5) O revestimento epidermico da face profunda do retalho poderá ser conseguido pelo methodo de Thiersch. Afim de evitar o encurtilamento do retalho, quer

immediato, quer tardio, convem conservá-lo distendido e obstar a formação de hematoma e de infecção. 6) Uma boa technica, que attende a tal desideratum é a de epiteliação em bolsa, tal como está pormenorizada-mente descripta. 7) Depois de consolidada a epidermização foi feita a transplantação do braço para a face pelo methodo italiano. 8) O cirurgião não deve desanimar com o insuccesso parcial. Resultados satisfatorios só serão alcançados á custa de paciencia e tenacidade.

**Tratamento Cirurgico da molestia de Basedow** — DR. A. BERNARDES DE OLIVEIRA. — O A. tratou do assumpto apresentando os resultados por elle obtidos em numerosos doentes com o tratamento cirurgico. A communicação foi illustrada com a projecção de diapositivos e de um film demonstrativo da technica empregada pelo A.

### Associação Paulista de Medicina

#### SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE MAIO

**Um caso estranho de morte subita.** — DR. J. AVELINO CHAVES. — Refere-se a dois casos em irmãos, nos quaes fez o diagnostico de "reclusão nervosa da glotte". Tece commentarios sobre a etiologia, diagnostico e tratamento.

**Úlceras tuberculosas do duodeno**

— DR. EDMUNDO VASCONCELLOS. — O Autor, após salientar que a tuberculose duodenal, com a forma ulcerosa chronica, é de extrema raridade, relata dois casos que estudou na clinica do professor Benedicto Montenegro, um operado por esse professor, e outro pelo Autor da

communicação. Salienta as características da anamnese clinica e exame physico do doente, bem como o quadro radiologico. Accentua que o diagnostico só pode ser feito pela anatomo-pathologia ou pela verificação do bacillo de Koch na lesão duodenal, e projecta varios diapositivos de laminas histopathologicas para demonstrar os caracteristicos da lesão, bem como exhibe radiographias referentes aos casos para demonstrar as particularidades radiologicas, termina defendendo a reseccão gastroduodenal no tratamento cirurgico dessas lesões e apresenta um dos doentes operados.



**Toxicose em ulcera chronica estenosante do duodeno** — PROF. BENEDICTO MONTENEGRO e DR. PI-RAGIBE NOGUEIRA DA SILVA. — Os Autores abordam a questão das ulceras chronicas estenosantes do duodeno, focalizando uma séria complicação que ellas podem apresentar e que se caracteriza principalmente por profundo desequilibrio do chymismo sanguineo. Apresentam os Autores a observação de 2 casos em que a estenose provocou intoxicação gravissima, levando os doentes ao coma. Um delles succumbiu. O outro opportunamente tratado resistiu e

depois de algum tempo submetteu-se á operação diante da ameaça de um novo surto. Praticou-se uma gastroduodenectomia parcial. O estomago estava consideravelmente dilatado e havia accentuada estenose do duodeno. A therapeutica durante a crise de toxicose baseia-se sobretudo na injeção de abundante quantidade de solução hypertonica de chlreto de sodio, preconizada por Haden e Orr, e nas applicações de cardiotonicos e diureticos. Logo que possível, é a intervenção indicada, por ser o unico recurso de resultados seguros. Os "Annaes Paulistas" publicam o trabalho na integra.

## Centro Oswaldo Cruz

### DEPARTAMENTO SCIENTIFICO, SESSÃO DE MAIO

**Estudo comparativo do syndrome de Froelich e acromegalia — em dois casos de tumor da hypophyse.** — Academico LUIZ MARINO BECHELLI. — O Autor lê a observação dos dois casos, de tumor da hypophyse, fazendo em seguida considerações sobre a physiologia e a embryologia da hypophyse. Estebelece a comparação entre os casos apresentados, encarando suas symptomatologias e pathogenias.

**Sobre um caso de myopathia primitiva progressiva.** Considera-

ções geraes sobre as myopathias primitivas. — Academico JAYME RODRIGUES — O Autor lê a observação de um caso, em que a atrophia se iniciou pelos musculos da espadua, peitoraes e dos membros superiores, attingindo mais tarde os membros inferiores. Não havia R. D., nem contracções fibrilares. O exame radiologico mostrou a atrophia dos humeros, o que tem sido pouco observado. Em seguida, fez referencias aos diversos typos clinicos das myopathias primitivas, estabelecendo o diagnostico differencial.

## Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

### SESSÃO DE 30 DE MARÇO

**Bisturi electrico e prothese com celluloido na operação de Herbert.** — DR. CARLOS P. STEVENSON. — O A. traz á Sociedade um paciente em que levou a effeito a sua variante do methodo de Herbert para o tratamento do glaucoma, empregando o bisturi electrico. Estende-se sobre a differença que existe entre este e

a electro-coagulação. Mostra as vantagens enormes que traz seu uso na cirurgia fistulizante, o que supõe ainda não ter sido feito.

Passa depois o A. a falar no emprego do celluloido nas operações fistulizantes. Diz que certos corpos estranhos, que não se alteram em contacto com os humores oculares,

são perfeitamente tolerados pelo aparelho visual. O Prof. Kaz usa mesmo do cellulóide na redução de certos leucomas totaes, conseguindo dotar seus pacientes de visão relativa.

Weeckers suppõe indispensavel, no tratamento cirurgico do glaucoma, fazer a drenagem permanente do vitreo. Para isso, lança mão de um anel de ouro dotado de uma virola que o impede de cahir dentro do globo ocular.

A principal causa de insucesso nas operações fistulizantes antiglaucomatosas reside na irritação da episcléra causada pelo descolamento da conjuntiva, ao expôr-se o campo operatorio. Esta irritação determina adherências entre a conjuntiva e a episclera, e desta com a propria esclerótica, formando ellas um bloco cicatricial unico, que impede a filtração. Afim de evitar tal facto, relativamente frequente, imaginou o A. manter as superficies sangrentas separadas por meio de uma lamina de cellulóide, baseado nos resultados obtidos pelo Prof. Kaz. O resultado foi optimo, como os collegas poderam vêr no doente apresentado.

**Tres casos de inversão uterina.** — O DR. AZAEL LOBO. — O A. lê um estudo muito completo acerca da inversão do utero. Começa por dizer que a lesão é tão rara, que o grande J. L. Faure, quando estivera no Rio em 1927, declarara só a conhecer theoreticamente. Pozzi achou-a numa porcentagem de um caso para quasi 200.000 partos.

Os dois primeiros casos do autor são de inversão chronica, attribuiveis á intervenção desastrosa de parteiras incompetentes. O terceiro é de inversão aguda por polypo do utero. Todos tres são de inversão completa affecção que Pozzi julga ser tão rara, que os exemplos citados são contestados, achando não merecer, por isso, ser creada para ella classificação especial.

Passa o A. a descrever seus tres casos. No 1.º, trata-se de uma senhora de 20 annos. Dera entrada a 20 de Dezembro de 1930. Feito o exame, chegou-se ao diagnostico de inversão uterina chronica completa.

A intervenção foi feita no dia 25, pelo processo de Kustner-Duret. Um mes depois, alta curada.

O 2.º caso diz respeito a uma senhora de 35 annos, que tivera 9 filhos. Apresentou-se á consulta seis mezes depois de ter tido o ultimo, porque desde então perdia sangue. Anemia intensa. O exame gynecologico mostrou um tumor piriforme extra-vaginal, preso á cupula pelo polo superior. A doente soffreu um tratamento preliminar, e foi em seguida operada pelo processo de Kustner.

Refere-se o terceiro caso a uma senhora de 58 annos, que se apresentou na Beneficencia com hemorragia grave. Estava ha 10 annos em menopausa, e ha 8 mezes tinha perdas sanguineas abundantes. O exame rapido — o caso era de urgencia — mostrou, fóra da vagina, um enorme tumor completamente ulcerado, de bordas irregulares, a sangrar copiosamente. O toque revelou completa ausencia de qualquer vestigio do colo. A primeira impressão foi de um cancer do colo. Mas o exame afastou tal hypothese. Foi passado um laço constrictivo na base do tumor, e feito um tamponamento largo, uma vez que a intervenção indicada, a hysterectomia, não era possivel em vista do estado da paciente. Cinco dias depois foi realizada a hysterectomia vaginal, e a doente teve alta, curada, vinte dias depois.

Passa o A. a fazer a critica dos methodos therapeuticos que a affecção requer. Acha que nenhum vale mais do que a operação de Kustner.

Estuda depois o mecanismo da morte nestes casos. Aham alguns gynecologistas que esta se dá por hemorragia; outros, por choque. Não se quer manifestar sobre a questão, pedindo apenas a opinião dos collegas.

**Fractura do humero por contração muscular.** — DR. ROCHA BARRO. — O A. communica um caso raro de fractura da diaphyse humeral, cuja causa foi um esforço muscular violento. Declara, de inicio, que é a primeira vez que, em um tirocinio cirurgico de vinte annos, observa

um caso desses, o que justifica o communcial-o.

Estuda minuciosamente as fracturas diaphysiaras do humero. Refere-se com vagar á sua frequencia, á etiologia, a idade em que mais communmente se observa, etc. De-tem-se nas fracturas por contracção muscular, que podem ser, ou por flexão forçada, ou por torsão. Relata alguns casos muito curiosos da litteratura do assumpto. Expõe, por fim, o caso que lhe cahiu sob a vista.

Trata-se de um individuo robusto, de compleição athletica, que se empenhara, com um companheiro, no conhecido jogo de **quédia franceza**.

No momento do esforço maximo o braço partiu-se.

O mechanismo de tal fractura é o seguinte :

O ante-braço, fixo solidamente ao braço pela contracção dos musculos epicondilianos, actua como um braço de alavanca e arrasta o humero no movimento de rotação para fóra. A extremidade deste, fixa pelo deltoide e pelos adductores, resiste ao embate. A fractura produz-se abaixo da inserção do deltoide, pelo mechanismo de torsão.

Taes casos são muito raros. Gurlt conseguiu reunir onze casos; Hamilton, Monke, citam mais dois.

## RESUMOS E ANALYSES

**Algumas observações sobre o estado actual da cirurgia do sympathico** (F. Ody "SCHWEIZ. Med. Woch.", n.º 17-23 IV 1932 pg. 404). — O A. expõe o resultado de sua experiencia sobre a cirurgia do sympathico, obtida nos ultimos 5 annos e faz uma revisão das indicações operatorias e technicas empregadas.

Sobre as affecções do intestino (mal de Hirschsprung e constipações rebeldes idiopathicas) considera a ramiseção lombar bilateral uma intervenção insufficiente porque deixa intacto todo o systema sympathico post-ganglionar e o systema sympathico dorsal que tambem innerva o grosso intestino. A ganglionectomia lombar bilateral é melhor porque suprime as fibras pre e post-ganglionares lombares; porem não é radical, pois subsiste o influxo thoracico que vem pelos plexos celiacos intermesentericos e mesentericos.

Quando a estase é do typo sygmoido-rectal é possivel praticar a melhor intervenção: resecção do plexo mesenterico inferior e nervo pre-sacro. E' uma intervenção radical porque é feita no ponto em que as 2 especies de fibras (thoracicas e lombares) já se reuniram.

O A. descreve a technica destas intervenções.

Nas affecções do estomago (principalmente as gastropathias do typo

funcional) dá bom resultado a enervação deste órgão. O methodo de Pieri, que consiste na secção electiva do vago ou dos esplanchnicos á distancia, por via mediastinica posterior, não dá bons resultados. Dentre as affecções **cardiacas**, a angina de peito é a que é tratada cirurgicamente. Diversas intervenções são praticadas: Jonnesco preconisa a resecção da cadeia sympathica cervical (do ganglio cervical superior ao 2.º ganglio dorsal). Como a extirpação do ganglio estrellado pode trazer perturbações dos reflexos cardio-pulmonares, outros indicam a resecção da cadeia cervical até o ganglio estrellado (exclusive). Ha ainda a ramiseção cervical inferior uni ou bilateral; alcoolização dos rami C<sup>3</sup>D<sup>4</sup>.

Adson prefere a extirpação dos ganglios estrellados, por via posterior.

Não havendo uma intervenção definitivamente acceita para o tratamento da angina de peito, o A. insiste que deve ser sempre usado, preoperatoriamente, o bloqueio dos filetes sympathicos cardiacos, para a escolha do methodo operatorio.

Na **asthma** a intervenção que dá os melhores resultados é a resecção bilateral do ganglio estrellado. A intervenção que parece mais physiologica é a resecção bilateral dos nervos bronchicos posteriores. No

Mal de Raynaud, esclerodermias, úlceras varicosas, a sympathectomia periarterial é de resultados inconstantes, o mesmo se dando com a rami-secção.

A melhor intervenção é a ganglionectomia lombar bilateral para as lesões dos membros inferiores e a extirpação dos ganglios estrellados para as lesões dos membros superiores.

Nas affecções articulares chronicas a ganglionectomia age pela vaso-dilatação que produz; não podendo influenciar sobre lesões osseas existentes. Sendo esta vaso-dilatação mais pronunciada nas extremidades dos membros, é nas arthritides dos dedos, punhos, pés que esta intervenção dá melhores resultados. Ainda aqui não se deve esquecer o uso de meios preoperatorios que permittam escolher e prever o resultado da intervenção cirurgica.

Em affecções dolorosas do abdomen, principalmente em certas neuroses vaso e entero-motoras, o A. obteve bons resultados com a ramisecção.

Estes bons resultados o A. attribue ao emprego da anesthesia paravertebral diagnostica, meio preoperatorio simples, que permite escolher os pacientes que podem ser beneficiados pela intervenção. As injeções de alcool no ganglio estrellado e nos primeiros nervos intercostaes, são usadas para as affecções dolorosas do thorax (carcinoma, adherencias pleuraes).

Na causalgia devem ser tentadas, progressivamente, a sympathectomia periarterial, rami-secção e mesmo a cordotomia.

Nas affecções gynecologicas pode-se recorrer á cirurgia do sympathico, quando se procura uma vaso-dilatação prolongada, como meio de cura.

A secção do nervo pre-sacro não pode dar um resultado definitivo, pois que si é verdade que as fibras preganglionares que descem até o plexo hypogastrico inferior são interrompidas pela secção desse nervo, é certo que a acção vaso-motora do sympathico está, principalmente, sob a influencia dos ganglios da cadeia sympathica e fibras post-ganglionares. A operação radical seria a extirpação do plexo hypogastrico inferior, porém

ella secciona as vias sensitivas e para-sympathicas vehiculadas pelos nervos pelvicos de Eckardt, produzindo uma dysfunção do systema esphynctereano da bexiga.

Considerando estes factos, a melhor operação é a secção do nervo pre-sacro e reseccão da cadeia sympathica sacra, respeitando assim os nervos de Eckardt.

Existindo uma anastomose entre o plexo mesenterico inferior e o plexo hypogastrico inferior, o A. praticou em 5 casos a reseccão simultanea do plexo hypogastrico superior e plexo mesenterico inferior.

Quanto ás affecções dolorosas do rim, aconselha a rami-secção, praticando antes a novocainização para ter idea do resultado da intervenção.

Nas cystites graves ou tuberculosas a intervenção que se destina interromper a via sensitiva deverá ser executada, simultaneamente, sobre o nervo sacro, rami communicantes S<sup>3</sup>S<sup>4</sup> e o cordão sympathico lombosacro; deixando intacta a via sensitiva dos nervos pelvicos que garante a evacuação vesical.

Concluindo, o A. affirma que, como se trata de uma cirurgia que age, em geral, sem conhecer a causa do mal e em regiões de morphologia e physiologia muito complicadas, o cirurgião, na escolha do methodo operatorio, não se pode guiar só pelo diagnostico.

Para obter bons resultados é indispensavel o emprego systematico de meios pre-operatorios pelos quaes se possa prever si a intervenção irá fornecer o resultado que o cirurgião se propõe.

Assim a injeção de vaccina typhica, a rachianesthesia, os "tests" pharmacologicos, a novocainização dos nervos são meios pre-operatorios absolutamente necessarios para a escolha dos casos, pois podem, frequentemente, prever até que ponto uma sympathectomia modificará a circulação de um membro, agirá sobre um espasmo, interromperá um reflexo perturbado ou diminuirá a sensibilidade de um órgão.

Este artigo é acompanhado por uma extensa e minuciosa bibliographia sobre o assumpto.

F. C.

**Synopse sobre o Futuro** - W. J. MAYO. - Palavras do grande cirurgião americano, traduzidas especialmente para esta revista por J. M. R., do "Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic" VII, 104, 17-2-1932: — Diz-se com acerto que as 3 grandes necessidades da vida são: — fome, reprodução e medo. — A Fome é o maior problema. Os insectos que habitavam o mundo por milhões de annos antes dos vertebrados, conseguiram estabilidade de estrutura e economia no suprimento de alimentação que os havia tornado o mais serio inimigo do homem. Pelo trabalho dos entomologistas e agronomos os prejuizos no suprimento de alimento devido aos insectos que, agora se calcula ser alem de 25 %, será grandemente eliminado.

A questão de reprodução depende das mutaveis condições sociaes. Fazemos pouco na Russia, mas toleramos o Rheno e subterfugios congêneres. As emoções do homem que são uma consequencia dos instinctos dos vertebrados implantaram um amor á prole que terá sua propria expressão.

O medo em relação a denominação da quantidade de comestiveis, excesso de população e prejuizo de raça poderá levar os povos á aggressão. O preparo para proteger nossa civilização em particular e garantir a paz é um dever sagrado para as gerações passadas e as futuras. Falam

de desarmamentos ao passo que o continuarmos a fechar nossas portas por medo de nossos visinhos não reforça a crença que povos de outras raças que nós desconhecemos serão pacíficos.

As molestias contagiosas e infecciosas tem sido em sua grande maioria dominadas e a media da vida do homem augmentada para 58 annos. Os grandes causadores de mortes durante a meia idade e velhice são as molestias de coração, dos vasos sanguineos e rins, doenças do systema nervoso e cancro.

Os progressos que se estão fazendo, suggerem que dentro do tempo que aqui se prevê, a media de vida do homem civilizado será augmentada até a predição Biblica de 70 annos. A educação moderna augmenta o valor da cultura e do descanso mas dá trabalho para satisfazer a felicidade humana. Um plano de emprego adequado do tempo de folga advirá.

Em todos os vertebrados com excepção dos primatas, a mente é uma expansão do ganglio olfactivo. No homem o cerebro é um desenvolvimento da estrutura visual e as actividades intellectuaes tem seu maior estimulo através do senso visual. Ainda que desejemos só acreditar naquillo que vemos, nossas emoções predominam quando as crises superiores á compreensão humana nos assoberbam e alguma forma de religião continuará a sustentar os povos em tempos de aperturas.

## LITTERATURA MEDICA

### Livros recebidos

**Da motricidade do appendice humano observado "in vitro"** - DR. ANTONIO BERNARDES DE OLIVEIRA, separata de "Brasil Medico", XLVI, 121, 6 de fevereiro de 1932. — Trata-se de uma interessante comunicação feita á Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo e sobre a qual já nos referimos. O A. relata as experiencias que fez com numerosos appendices cirurgicamente extirpados

no "Instituto Cirurgico Bernardes de Oliveira", de Campinas, e tece sobre ellas curiosos commentarios, com applicações clinicas.

E' um trabalho digno de ser meditado por todos que se interessam pelas questões da pathologia do appendice.

**Assistencia e reportagem** - DR. ALFREDO MUNIZ PEIXOTO - Rio, 1932. — Em circunstanciado rela-

torio apresentado ao Interventor do Districto Federal, o A., que é director da Assistencia Municipal do Rio, trata do ruidoso caso da intromissão dos reporters dos jornaes na intimidade dos serviços medicos de assistencia publica. O relatorio vem acompanhado de numerosos documentos.

**Eduardo Julio Janvrot perante a Pharmacia Nacional - Dr. J.**

**CORIOLOANO DE CARVALHO, Rio, 1932** — O presente folheto contem a conferencia feita pelo A. em 12 de outubro de 1931 na Sociedade de Pharmacia e Chimica de S. Paulo, em commemoção do centenario do nascimento do fundador do Instituto Pharmaceutico do Rio, cuja personalidade é estudada com carinho e minucias.

## Novas revistas

**Bulletin Trimestriel de l'“Organisation d'Hygiene”** - Genebra, I, n.º 1, março de 1932. — E' uma revista consagrada á actividade desse departamento da Liga das Nações. O primeiro numero trata da vacinação anti-diphtherica, do ensino da Medicina na Inglaterra, do leite nas cidades americanas, da pneumonia tropical, da vacinação anti-rabica e das inundações na China. Promette para os proximos numeros tratar da tuberculose, molestias venereas, syphilis, hygiene escolar, paludismo, raiva, opio, cancer, etc.

Assignatura annual, 10 francos suissos. E' publicada simultaneamente em inglês e francês.

**Revista de Lingua Portuguesa** — Rio, XII, 4.º numero da 2.ª serie, março de 1932. — O presente numero abre com um artigo de um medico — Alfredo Nascimento — sobre as possibilidades de voltar ao uso corrente o latim classico. Traz outros trabalhos sobre: “O Christianismo e a glotologia”, “Commentarios biographicos”, “Grau dos adjectivos”, “Os dias da semana”, “Reflexões ethnographicas”, “Eleta”, “A cor em Vicente de Carvalho”, “A

margem de Herculano”, “Do hybridismo na formação da linguagem”, “Apostolado civico”, etc. Trabalhos de Ruy, Herculano, Ramiz Galvão, Silva Ramos, etc.

**Anais da Assistencia a Psicopatas** — Rio, I, 1931. — Do seu summario: “O liquor após malario-therapia”, “Methodos especiaes de tratamento das doencas mentaes”, “As secções psychiatricas das prisões”, “Tabes juvenil”, “Anesthesia pela avertina”, “Delirio allucinatorio dos bebedores”, “Prophylaxia da syphilis nervosa”, “Theoria normal do cerebro e da innervação e sua applicação á pathologia cerebral”, “Calcificações intracraneanas”, “Eschyzo-phrenia”, “Assistencia hetero-familiar na Colonia de Engenho de Dentro”, “Parkinsonismo e traumatismo”, “Methodo brasileiro de tratamento dos aneurismas”, “Novo methodo para verificação da syphilis nervosa”, “Estado de desintegração lacunar do cerebro senil e syndrome pseudo-bulbar”, “Hemiplegia capsular e lesões pyramido-extrapyramidaes”, “Syndromes dystonicas”, e “Estrutura corporal nos dementes paralyticos”.

## Theses

**Tratamento cirurgico da varicelle pelo processo Zepherino Amaral** — DR. JOSE SILVEIRA GUIMARÃES. — S. Paulo, 1931. — O processo consiste, em linhas geraes, em dissociar do cordão os vasos

varicosos e collocar-os entre dois planos — o profundo formado pelo pequeno obliquo e transversos suturados á arcada crural e o superficial pela aponevrose do grande obliquo. O A. apresenta as vantagens desse



processo sobre os demais e recolhe 13 observações coroadas de pleno exito com a operação de Zepherino Amaral.

**Contribuição ao estudo do sistema neuro-vegetativo.** — DR. REYNALDO NEVES DE FIGUEIREDO, S. Paulo, 1932. — São as seguintes as conclusões que o A. tirou de suas experiências :

1) As provas pharmacologicas deram resultados que variaram de accordo com o animal, mostrando predominancia ora do vago, ora do sympathico e em outras vezes maior excitabilidade de ambos. Assim é que :

Reagiram pelo vago : Cães II, IV, VI, VIII. Cão IX (pela pilocarpina) Cão XI (pela atropina e adrenalina).

Reagiram pelo sympathico : Cães I, II, IX. Cão III (injecção subcutanea).

Reagiram por ambos — Cão VIII.

2) A tracção forte do estomago produziu em um mesmo animal, ora queda ora elevação da pressão arterial, acompanhada sempre de queda da pressão differencial.

3) A tracção do estomago produziu uma queda da differencial a custo de uma diminuição da systolica.

4) A tracção do estomago produziu parada da respiração.

5) A injecção de acecholina na dose de 0,04 mgr. por kgr. do animal, na veia ou na arterial femural produziu accentuada queda da pressão arterial.

6) A injecção de acecholina na dose d 0,14 mgr. e 0,24 mgr. por kgr. do animal, ora foi inefficaz ora produziu pequena queda da pressão arterial.

7) A injecção de acecholina na dose de 1,5 mgr. por kgr do animal, não produziu queda da pressão arterial, quando injectada na veia porta.

8) A injecção de acecholina na dose de 0,25 mgr. por kgr, feita na veia porta ou na arteria hepatica de um cão intoxicado pela toluelendiamina produziu queda da pressão arterial, ou não a modificou.

9) A secção dos vagos, em nossas experiencias, não modificou sensivelmente o efeito da acecholina injectada em vasos periphericos.

10) A intensidade do efeito da acecholina injectada na veia porta sobre a pressão arterial parece depender do seu gráo de diluição.

11) A toluelendiamina provocou em todos os nossos casos forte tachycardia e as provas pharmacologicas não nos demonstraram alteração sensível no modo pelo qual o animal havia reagido antes.

12) Doses de acecholina insufficientes para produzir efeitos circulatorios, quando injectados na veia porta, de accordo com as conclusões de Danielopolu, foram positivas em uma de nossas experiencias.

13) Doses de acecholina sufficientes para produzir efeitos circulatorios, quando injectadas na veia porta de cães ictericos, não acarretaram taes resultados em algumas de nossas pesquisas.

## NOTICIARIO

### Associação Paulista de Medicina

**Conferencias sobre pathologia gastro-duodenal.** — A secção de Medicina da "Associação Paulista de Medicina" deliberou promover, no corrente mez de Julho, uma série de conferencias sobre pathologia gastro-duodenal. Trata-se de uma iniciativa nos moldes do que se ob-

serva nos centros europeus de aperfeiçoamento scientifico, onde periodicamente se offerece ao medico pratico a oportunidade de ficar conhecendo numa resenha, através da palavra dos especialistas, o que ha de moderno sobre determinados assumptos de medicina.



A série de conferencias da Associação Paulista de Medicina terá início em 19 de Julho, devendo durar cerca de uma semana, de accôrdo com um plano de tres conferencias por dia. O assumpto foi dividido em varios themas por uma commissão especial, que organisou o programma já approved pelos conferencistas e que será opportunamente publicado.

Este programma comprehende tres partes: geral, clinica e cirurgica. Na parte geral, a titulo de introdução, serão summariamente estudadas a anatomia, a embryologia, a histologia, a physiopathologia e a radiologia normal do estomago e do duodeno. A parte clinica constará de conferencias genericas sobre constituição, alimentação, representação gastrica nas syndromes abdominaes etc. além de varias outras sobre as affecções gastricas mais importantes, seu diagnostico e tratamento. Finalmente, na parte cirurgica, serão estudados os methodos operatorios do estomago e do duodeno. As dissertações terão cunho pratico, devendo os varios themas ser abordados nas suas relações com o nosso meio.

As conferencias ficarão a cargo dos drs. André Dreyfus, R. Locchi, professor Franklin de Moura Campos, Carlos Fernandes, professor Pinheiro

Cintra, professor Rubião Meira, professor A. de Almeida Prado, professor Ovidio Pires de Campos, professor Enjolas Vampré, professor Celestino Bourroul, Felipe Figliolini, Barbosa Corrêa, Marcos Lindenberg, Oscar Monteiro de Barros, Felicio Cintra do Prado, Octavio de Carvalho, Lemos Torres, Jairo Ramos, Cassio Villaça, professor Cunha Motta, professor Cantidio Moura Campos, Heitor Jobim, A. Barnardes de Oliveira, Alipio Corrêa Netto, e professor Banedicto Montenegro.

A Associação resolveu convidar todos os medicos desta capital e do interior do Estado, associados ou não, a se inscreverem na lista dos ouvintes destas conferencias sobre pathologia gastro-duodenal. A inscrição é gratuita e permittida tambem aos estudantes de medicina.

Os interessados encontrarão na sede da Associação Paulista de Medicina (predio Martinelli) a lista de inscrição para esta série de conferencias. Os que desejarem inscrever-se por meio de carta ou pretendam informações mais pormenorizadas devem dirigir-se ao presidente da secção de Medicina, dr. Felicio Cintra do Prado (endereço da Associação, caixa postal 2103).

## Sociedade de Medicina da Bahia

**Nova directoria.** — O Conselho Executivo para 1932, recentemente eleito, é o seguinte: Presidente, dr. Octavio Torres; 1.º vice-presidente, dr. Flaviano Silva; 2.º vice-presidente, sr. Francisco Magalhães Netto;

3.º vice-presidente, dr. Eduardo Vidal da Cunha; secretario geral, dr. Adriano Pondé; 1.º secretario, dr. Edistio Pondé; 2.º secretario, dr. Renato Teixeira; e thesoureiro, dr. Adolpho Rabello Leite.

## Liga das Nações

**Serviço de informações sobre hygiene publica.** — A "Organização de Hygiene" da Liga das Nações está aparelhada para fornecer informações sobre os detalhes de applicação dos métodos em vigor, em diversos paizes, em materia de hygiene publica. Essa "Organização"

pode, além disso, fornecer informações relativas ás estatísticas epidemiologicas e á legislação de hygiene publica. Os pedidos de informações deverão partir de directores de repartições administrativas e de instituições scientificas, devendo ser claramente especificados os fins a

que vão servir, para que o serviço seja mais completo e se evite desperdício de trabalho. As cartas devem ser endereçadas pa-

ra "Directeur médical, Section d'Hygiène, "Renseignement d'Hygiène", Société des Nations, Genève (Suissa)".

## Necrologia

### Dr. Rubens Guimarães Rocha.

— A classe medica paulista acaba de perder, de uma maneira subita e cruciante, um dos seus elementos de maior vigor, em que se depositavam justas e fundadas esperanças. Falecendo aos 32 annos, o dr. Rubens Guimarães Rocha dera de seu valor individual provas das mais pujantes, já no exercicio profissional, já em campanhas de puro idealismo, dentro e fóra da classe. Como um dos fundadores e primeiro secretario geral do Syndicato Medico de São Paulo, foi dos que mais batalharam pela organização da classe entre nós. Fundador e redactor do "São Paulo Medico", muito esforço dispendeu para que a imprensa medica paulista alçasse ao grau a que merecia.

Dotado de excellente coração, de larga cultura medica e geral, a serviço de brilhante talento, lograra o extincto grangear nesta capital vasto circulo de amizades. Era natural deste Estado e doutorou-se em Medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro em 1924. Era filho do sr. João de Barros Rocha e da sra. d. Amalia Guimarães Rocha; irmão de d. Sylvia Rocha Cardoso, sobrinho do dr. Idalino Guimarães Pereira e cunhado do sr. Alfredo Cardoso.

A' beira do tumulo falaram o prof. Flaminio Favero, pelo Syndicato Medico de São Paulo, o dr. Brasilino de Lima Junior, pela Associação Paulista de Medicina, e o prof. Maximiliano Ximenes, pelo Circulo E. da C. do Pensamento.

## TRABALHOS CIRURGICOS

do

**DR. WALTER SENG**

Um volume contendo cerca de 40 trabalhos do  
illustre cirurgião.

Preço 10\$000.

Pedidos ao **Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO**  
Caixa 1574 **SÃO PAULO**

## As aguas medicamentosas naturais

Orientação moderna sobre o estudo e applicação das  
aguas mineraes, pelo **Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO**

Preço 10\$000

Pedidos ao autor, caixa postal 1574, São Paulo

# Instituto Brasileiro de Microbiologia

R. Oito de Dezembro, 123 - Tel. 8-4348-Caixa Postal, 1202

Deposito: R. da Assembléa, 70 - 3.º andar - Tel. 2-0902

RIO DE JANEIRO

## *Principaes preparados :*

SÓROS: Anti-Diphtherico — Anti-Tetanico — Anti-Dysenterico — Anti-Estreptococcico — Anti-Meningococcico — Renal Caprino, etc.

VACCINAS: Estaphylococcica — Estreptococcica — contra a Coqueluche — Typhica — Gonococcica mixta — Pneumococcica — Pestosa — Meningococcica, etc.

ENDOGLANDINAS: (productos opotherapicos)

## *Especialidades pharmaceuticas :*

CITROBI: Injecções indolores de bismutho. Anti-syphilitico energico.

TITANOL: Novo composto de mercurio. Injecções intramusculares indolores.

GYNEGON: Lypovaccina curativa dos processos inflammatorios annexiaes.

VACCINA ANTI-INFECTUOSA I. B. M.: Antipyogenica de grande efficacia.

IMMUNICALDO: Filtrados bacterianos para uso local. Methodo de Besredka.

ENTERODINA: Vaccina para tratamento das enterocolites.

FLUORYL: Tratamento local dos corrimentos vaginaes.

MATERSANA: Vaccina prophylactica e curativa das infecções puerperaes.

(AMOSTRAS AOS MEDICOS)

